

Formulario solicitud prestación extraordinaria CATA

1.DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE:

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	Fecha nacimiento
Nº de afiliación de la Seguridad Social	DNI / NIF	Teléfono fijo	Teléfono móvil
Domicilio personal		Correo electrónico	
Código postal	Localidad	Provincia	

2.DATOS DE LOS HIJOS QUE CONVIVEN O ESTÁN A CARGO DEL SOLICITANTE

Incluir únicamente los hijos que, conviviendo o no, dependan económicamente de usted, por tener unas rentas mensuales, de cualquier naturaleza, inferiores al Salario Mínimo Interprofesional, excluidas las pagas extraordinarias.

DNI	Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	F. nacimiento
1º				
2º				
3º				
4º				

Grado de discapacidad (> o igual 33%)					
1º	Si	No	3º	Si	No
2º	Si	No	4º	Si	No

3.DATOS PROFESIONALES DEL SOLICITANTE:

a. RÉGIMEN DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Trabajador Autónomo (RETA)
 Trabajador del Régimen especial del mar
 Trabajador Agrario Cuenta Propia (SETA)

Fecha de inicio de actividad:
 Fecha de último alta en el régimen especial:
 Fecha de baja en el régimen especial:
 Fecha de cese en la actividad:

b. TIPO DE TRABAJADOR AUTÓNOMO (deberá especificar al menos una de las siguientes):

- Administrador o consejero de una sociedad mercantil
- Socio que preste otros servicios a una sociedad mercantil
- Comunero o socio de otras sociedades no mercantiles
- Socio trabajador de una cooperativa de trabajo asociado
- Trabajador autónomo que ejerza su actividad profesional conjuntamente con otros
- Trabajador autónomo económicamente dependiente (TRADE)
- Autónomo no encuadrable en ninguno de los anteriores colectivos

c. INFORMACIÓN ADICIONAL:

Trabaja por Cuenta Ajena (Pluriactividad):	Si	No
Es perceptor de otras prestaciones de la Seguridad Social:	Si	No
Es perceptor de otras prestaciones diferentes:	Si	No
Percibe ayudas por paralización de flota, o similar:	Si	No
Es Profesional Colegiado:	Si	No

d. DATOS DE LA EMPRESA O ACTIVIDAD

Actividad Económica:

Código CNAE:

¿Existía establecimiento abierto al público? Si No

Nombre del establecimiento o denominación comercial:

Domicilio de la actividad:

Localidad:

e. DATOS DE LA ASESORÍA, A RELLENAR EN SU CASO

Denominación:

Email:

Teléfono:

4. OTROS DATOS

¿Tiene aplazadas cuotas por la Tesorería General de la Seguridad Social? En caso afirmativo, indicar la fecha resolución del aplazamiento

Si No Fecha:

¿Está en situación de Incapacidad Temporal o ha estado desde el 14/03/2020?

Si No

Datos Bancarios para el cobro de la prestación mediante transferencia (el solicitante deberá ser necesariamente titular de la cuenta corriente)

Banco:

Dirección de la sucursal:

PAÍS		D.D.		ENTIDAD				SUCURSAL				D.C		NÚMERO CUENTA CORRIENTE							
E	S																				

5. CONSENTIMIENTO

Maz solicita su consentimiento para consultar y recabar datos o documentos que se encuentren en poder de cualquier Administración, cuyo acceso no está previamente amparado por la Ley y que sean necesarios para resolver su solicitud y gestionar, en su caso, la prestación reconocida.

DECLARACIÓN RESPONSABLE

D./D^a.

con DNI

declaro bajo mi responsabilidad que son ciertos los datos que se consignan en la presente solicitud; que cumplo los requisitos para el acceso al derecho a la prestación extraordinaria de cese de actividad; que cuento con la documentación que en la misma se requiere, la cual tendré a disposición del órgano gestor de la prestación extraordinaria de cese de actividad; y que me comprometo a comunicarle cualquier hecho que supusiera dejar de cumplir dichos requisitos, así como a reintegrar las cantidades indebidamente percibidas, en caso de incumplimiento de cualquiera de dichos compromisos.

El motivo que justifica mi derecho a la prestación es (marcar lo que corresponda):

Reducción en la facturación en el mes natural anterior al de la solicitud en al menos un 75 % en relación con el promedio mensual desde el mes de septiembre de 2019 hasta febrero de 2020, ambos inclusive (de no haber estado de alta en el Régimen Especial durante todo este período o de haber tenido suspendida la actividad por encontrarse en situación de incapacidad temporal, nacimiento y cuidado de menor, riesgo durante el embarazo u otro motivo, se calculará el promedio mensual solo con los meses naturales completos de actividad)

Suspensión de la actividad por consecuencia directa de la declaración del **ESTADO DE ALARMA**.

DECLARO, bajo mi responsabilidad, cumplir los requisitos de acceso a la Prestación Extraordinaria de Cese de Actividad, que a continuación se relacionan:

- Que me encontraba en situación de alta en el Régimen Especial a fecha 14 de marzo de 2020.
- En el caso de que solicite la prestación por la reducción de la facturación, pongo a disposición del órgano gestor la documentación que se requiere en esta solicitud para acreditar que, durante el mes anterior a la fecha en que solicito la prestación, la facturación por mi actividad o por la actividad de la empresa para la que presto mis servicios (como administrador, socio, TRADE, colaborador familiar, etc.) se ha reducido al menos en un 75% en relación con la del promedio mensual del período de septiembre de 2019 a febrero de 2020, declarando expresamente que se cumple dicha circunstancia.
- Que me encuentro al corriente en mis cotizaciones al Régimen Especial, no habiéndome tampoco encontrado, a 14 de marzo de 2020, pendiente de resolución de la Tesorería General de la Seguridad Social sobre aplazamiento de cuotas adeudadas.
- Que no percibo ni tengo derecho a ninguna otra prestación de la Seguridad Social.

Me comprometo, bajo mi responsabilidad, a cumplir las siguientes obligaciones, cuya infracción podría dar lugar al reintegro de la prestación indebidamente percibida:

- A permanecer de alta en el Régimen Especial, para el supuesto de que solicite la prestación por reducción de la facturación.
- A comunicar al órgano gestor el incumplimiento durante la percepción de la prestación de dicha reducción en la facturación mensual, para el supuesto de que solicite la prestación por este motivo.
- A comunicar al órgano gestor el acceso al derecho a cualquier otra prestación de la Seguridad Social durante la percepción de la prestación ahora solicitada.

A poner a disposición del órgano gestor la documentación de iniciación del ERTE, en relación con los trabajadores de mi empresa, para el supuesto de que se iniciase dicho procedimiento de suspensión de contratos laborales o de reducción de la jornada.

MANIFIESTO, mi consentimiento para que mis datos profesionales de identificación personal y residencia puedan ser consultados con garantía de confidencialidad, en el caso de acceso informatizado a dichos datos, así como la verificación y cotejo de cualquier otro dato de carácter personal o económico, que sea necesario para el reconocimiento o el mantenimiento de la percepción de la prestación extraordinaria de cese de actividad, a obtener de las bases de datos de cualquier otro Organismo o Administración Pública.

SOLICITO, mediante la firma o documento acreditativo de la misma, del presente impreso que se me reconozca la prestación extraordinaria de cese de actividad y el abono en la cuenta bancaria cuyos datos he consignado en el presente escrito, y suscribo para ello la DECLARACIÓN RESPONSABLE incluida en este formulario.

En a de de

*Se le comunica que los datos personales facilitados serán tratados por **MAZ, M.C.S.S. Nº 11** con la finalidad de gestionar las prestaciones de Seguridad Social como Entidad Colaboradora competente, así como cualquier información que se considere de interés para el firmante.*

MAZ como Responsable de Tratamiento, le informa que dichos datos serán conservados durante el plazo estrictamente necesario para el objeto con que se recaban de acuerdo con lo dispuesto en el Reglamento 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016 y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, estando MAZ legitimada para dicho tratamiento por mandato legal. Sin perjuicio de lo expuesto, podrá ejercer cualquiera de sus derechos (acceso, rectificación, portabilidad, supresión y limitación del tratamiento) en el momento que desee dirigiéndose a cualquier centro de MAZ o a través de la dirección lopd@maz.es

Ponemos a su disposición información adicional sobre Protección de Datos en nuestra página web:

<http://www.maz.es/Paginas/politica-de-privacidad.aspx>

INSTRUCCIONES PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DE LA SOLICITUD

La cumplimentación defectuosa o incorrecta de este impreso o la falta de aportación de los documentos que se indican podrá exigir su subsanación y, en tanto misma no se produzca, demorará la tramitación de la solicitud.

Esta solicitud será remitida telemáticamente del solicitante o de su representante legal. El órgano gestor podrá comprobar la identidad del remitente de la solicitud y, en su caso, la facultad de representación del comunicante.

En el supuesto de que la solicitud venga acompañada de documentación complementaria, deberá ir en formato pdf.

DOCUMENTOS QUE DEBERÁN ESTAR A DISPOSICIÓN DEL ÓRGANO GESTOR DE LA PRESTACIÓN

1. Libro de familia o documento equivalente en caso de extranjeros, si existen hijos a su cargo.
2. Certificado de TGSS de estar al corriente de pago
3. Si existe aplazamiento de cuotas pendientes de pago a la TGSS: resolución de la Tesorería General de la Seguridad Social, del aplazamiento de las cuotas pendientes de pago, y justificantes mensuales del pago y cumplimiento de los plazos establecidos en la misma.
4. Si existen cotizaciones en el extranjero: documentación acreditativa de las cotizaciones realizadas en el Extranjero.
5. Resolución Administrativa o Judicial de reconocimiento de la prestación o ayuda correspondiente, si tuviese alguna concedida.
6. Documentación específica cuando se alegue reducción de la facturación mensual: Libro de registro de facturas emitidas y recibidas; libro diario de ingresos y gastos; libro registro de ventas e ingresos; libro de compras y gastos, o cualquier otro medio de prueba admitido en Derecho para acreditar dicha reducción en la facturación.