

Fecha de entrada: _____

Nº Expediente: _____

A rellenar por MAZ

DECLARACIÓN DE LA EMPRESA O DE LA TRABAJADORA POR CUENTA PROPIA SOBRE LA INEXISTENCIA DE PUESTOS DE TRABAJO O DE FUNCIONES COMPATIBLES

(EN EL CASO DE LAS TRABAJADORAS POR CUENTA AJENA, ES PRECEPTIVO ACOMPAÑAR CON ESTE DOCUMENTO EL INFORME DEL SERVICIO DE VIGILANCIA DE LA SALUD DE LA EMPRESA AL QUE SE REFIERE EL APARTADO 3)

D/D^a _____

con DNI-NIE-TIE _____ en calidad de _____

del organismo o empresa _____

con núm. de código de cuenta de cotización _____ y domicilio _____

núm. _____ Localidad _____ C.postal _____ Provincia _____

Teléfono _____ Correo Electrónico _____

DECLARA que :

D^a. _____ socia trabajadora/trabajadora /TRADE de esta empresa con núm. de la Seguridad Social _____ / _____ y DNI-NIE- TIE _____
Como trabajadora por cuenta propia o autónoma del RETA

1.- Que en relación con la existencia de otro puesto de trabajo o función compatible con su estado¹ _____

2.- Los motivos por los que el cambio de puesto de trabajo o de funciones no resulta técnica u objetivamente posible, o no puede razonablemente exigirse, son los siguientes _____

3.- En relación con estos particulares, se acompaña informe emitido por el servicio de vigilancia de la salud, propio o concertado, de la empresa (no aplicable a las trabajadoras autónomas)

4.- Por ello, se ha decidido la suspensión del contrato de trabajo o el cese en la actividad de la trabajadora autónoma con fecha: _____.

_____ a _____ de _____ 20_____
(Firma y sello de la empresa o de la trabajadora por cuenta propia)

¹ Declaración sobre existencia o no de otro puesto o función compatible con su estado.

CERTIFICADO DE COTIZACIONES DE LA EMPRESA PARA LA SOLICITUD DE LAS PRESTACIONES ECONÓMICAS DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO O LA LACTANCIA NATURAL

Sólo para las solicitudes de las trabajadoras por cuenta ajena

D/D^a _____ con DNI / NIE / TIE _____

que desempeña en la empresa el cargo de _____

CERTIFICA, que son ciertos los datos relativos a la empresa, así como los personales, profesionales y de cotización, que a continuación se consignan:

1. DATOS DE LA EMPRESA

Nombre o razón social				Código de cuenta de cotización			
Domicilio		Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	Código Postal
Localidad		Provincia		Teléfono		e-mail	

2. DATOS DE LA TRABAJADORA

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre					
Teléfono		Móvil		Núm. Afiliación Seguridad Social		DNI/NIE/TIE		Fecha de nacimiento	
Domicilio (calle o plaza)				Núm.	Bloq.	Esc.	Piso	Puerta	
Código Postal		Localidad		Provincia					
Grupo Cotización		Profesión		e-mail		Fecha de suspensión del contrato de trabajo			

3. DATOS DE COTIZACIÓN DEL MES ANTERIOR A LA SUSPENSIÓN DEL CONTRATO

a) Bases de cotización del mes anterior, excluyendo los conceptos del apartado b.																														
Base de contingencias comunes		Núm. de días	Base de contingencias profesionales		Núm. de días																									
b) Bases de cotización, por horas extraordinarias y otros(*)																														
Por horas extraordinarias		Por otros conceptos		Núm. de días	Observaciones																									
EN CASO DE CONTRATO A TIEMPO PARCIAL: se certificarán las bases de cotización de los tres meses Inmediatamente anteriores a la fecha de la suspensión del contrato de trabajo																														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Año</th> <th>Mes</th> <th>Núm. días cotizados</th> <th>Base de contingencias comunes</th> <th>Base de contingencias profesionales</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td colspan="3">TOTALES</td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>					Año	Mes	Núm. días cotizados	Base de contingencias comunes	Base de contingencias profesionales																TOTALES					<p style="text-align: center;">RÉGIMEN ESPECIAL AGRARIO CUENTA AJENA</p> <p>Trabajadora <input type="checkbox"/> Fija <input type="checkbox"/> Eventual</p> <p>Núm. jornadas reales mes anterior a la baja _____</p> <p>Salario real de la trabajadora _____ €/día</p>
Año	Mes	Núm. días cotizados	Base de contingencias comunes	Base de contingencias profesionales																										
TOTALES																														

_____, a _____ de _____ de 20_____
Firma y sello

(*) Deberán certificarse las bases de cotización, por horas extras y otras remuneraciones que no hayan sido objeto de prorrateo en las bases mensuales de cotización, de los doce meses anteriores a la suspensión del contrato.

DECLARACIÓN DE SITUACIÓN DE LA ACTIVIDAD

(Resolución de 4 de febrero de 2004, del Instituto Nacional de la Seguridad Social, sobre cumplimiento por los trabajador por cuenta propia de la obligación establecida en el párrafo segundo del artículo 12 del Real Decreto 1273/2003, de 10 de octubre)⁽¹⁾

D./Dña con Número de afiliación a la Seguridad Social con D.N.I y con domicilio en **declara bajo su responsabilidad** que:

Es titular de un establecimiento mercantil, industrial o de otra naturaleza: SI NO^(*)

(*) Si marca la casilla "SI" deberá indicar el nombre del establecimiento. Si marca la casilla "NO" deberá cumplimentar el punto 3.

Nombre del establecimiento.....
 Que dicho establecimiento tiene su domicilio social en., que la actividad económica, oficio o profesión es la de, y que durante la situación de incapacidad temporal/ maternidad/ paternidad/ riesgo durante el embarazo o lactancia natural (táchese lo que no proceda), la actividad queda en la siguiente situación:

- 1.- Gestionado por:
- A.- Familiar:**
 D./Dña:.....
 Núm.de Afiliación a la Seguridad Social:.....
 Núm.Documento Nacional de Identidad:.....
 Código cuenta cotización de la empresa:.....
 Parentesco:.....
 - B.- Empleado del establecimiento:**
 D./Dña:.....
 Núm.de Afiliación a la Seguridad Social:.....
 Núm.Documento Nacional de Identidad:.....
 Código cuenta cotización de la empresa:.....
 - C.- Gestionado por otra persona:**
 D./Dña:.....
 Núm.de Afiliación a la Seguridad Social:.....
 Núm.Documento Nacional de Identidad:.....
 Código cuenta cotización de la empresa:.....

2.- Cese temporal o definitivo de la actividad durante la situación de incapacidad temporal/ maternidad/ paternidad/ riesgo durante el embarazo o la lactancia natural (táchese lo que no proceda), del titular del establecimiento.

3.- O por el contrario, **declara** que se encuentra incluido en el Régimen Especial de trabajadores por cuenta propia o Autónomos en razón de la actividad económica de que tiene su domicilio en

En _____, a _____ de _____ de _____

Firma,

(1) La Resolución establece que la declaración deberá presentarse en el plazo de 15 días siguientes a la baja médica en el caso de IT, 15 días siguientes a la suspensión de la actividad en los casos de riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural; en la maternidad dentro de los 15 días siguientes al parto o inicio descanso maternal, o de la fecha de la resolución administrativa o judicial por la que se constituye acogimiento o adopción; en la paternidad en los 15 días siguientes al inicio del descanso.

MAZ Mutua Colaboradora con la Seguridad Social N° 11 INFORMA

Este documento, junto con el resto de los que integran el expediente tramitado por MAZ, podrá ser presentado por la Mutua ante la Inspección de Trabajo y Seguridad Social cuando se detecten contradicciones en las declaraciones y certificaciones aportadas, con objeto de que por parte de la misma se emita el informe previsto en el Real Decreto 295/2009, de 6 de marzo, sobre su conformidad o discrepancia en relación con las medidas adoptadas por la trabajadora autónoma. En estos casos, el plazo de treinta días para que MAZ acuerde el reconocimiento o denegación del derecho al subsidio quedará suspendido hasta la recepción de dicho Informe.

Los datos de carácter personal incluidos en este formulario serán incorporados a un fichero automatizado del que es titular MAZ, con el fin de gestionar las prestaciones de contingencias profesionales o comunes en el ámbito de aplicación de la gestión de la Seguridad Social, siendo los destinatarios de la información, además de MAZ aquellas entidades que tengan competencia y control en los servicios derivados de estas prestaciones.

De acuerdo con la Ley 15/1999, Ud. podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose por escrito a MAZ mutua colaboradora con la Seguridad Social N° 11.

INSTRUCCIONES PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DE LA SOLICITUD

- Escriba con claridad y en letras mayúsculas.
- Solicite el asesoramiento y ayuda del personal de MAZ ante cualquier duda.
- 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 la misma no se produzca, demorará la tramitación de la solicitud.

DOCUMENTOS QUE DEBEN PRESENTARSE CON ESTA SOLICITUD

- 1.- Declaración de la empresa o de la trabajadora autónoma sobre la inexistencia de puestos de trabajo o de funciones compatibles con el estado de la trabajadora. Si la trabajadora por cuenta propia presta sus servicios en una sociedad cooperativa o sociedad laboral o mercantil, la declaración deberá ser cumplimentada por el administrador de la sociedad. Si la trabajadora es autónoma económicamente dependiente (TRADE), la declaración deberá hacerla el representante legal del cliente.
- 2.- Comunicación de datos al pagador a efectos de la retención de IRPF, Modelo 145.
- 3.- En el caso de las trabajadoras por cuenta ajena:
 - 3.1- Informe del Servicio de Vigilancia de la Salud de la empresa sobre la inexistencia de puestos de trabajo compatibles con el estado de la trabajadora.
 - 3.2- Certificado de cotizaciones de la empresa.
- 4.- En el caso de las trabajadoras por cuenta propia:
 - 4.1- Declaración de situación de la actividad (no aplicable a las trabajadoras del SETA y a las TRADE).
 - 4.2- Fotocopia de los últimos recibos del abono de las cuotas al RETA no acompañados anteriormente con la solicitud de certificado médico.

MAZ Mutua Colaboradora con la Seguridad Social N° 11 INFORMA

La trabajadora estará obligada a comunicar a MAZ cualquier circunstancia que implique la suspensión o extinción del derecho al subsidio. En particular, en el caso de la prestación económica por riesgo durante el embarazo:

- El inicio del descanso por maternidad.
- La reincorporación al trabajo anterior o a otro compatible.
- La extinción del contrato de trabajo o la baja en el RETA.
- La interrupción del embarazo.

Y, en el supuesto de la prestación económica por riesgo durante la lactancia natural:

- La interrupción de la lactancia natural.
- Cumplir el hijo los nueve meses de edad.
- La reincorporación al trabajo anterior o a otro compatible.
- La extinción del contrato de trabajo o la baja en el RETA.

El incumplimiento de esta obligación reglamentaria pudiera dar lugar a la declaración como indebido del subsidio percibido en el período correspondiente, con la respectiva obligación de reintegro, incluso a través de la vía de apremio a cargo de la Tesorería General de la Seguridad Social.

Los datos de carácter personal incluidos en este formulario serán incorporados a un fichero automatizado del que es titular MAZ, con el fin de gestionar las prestaciones de contingencias profesionales o comunes en el ámbito de aplicación de la gestión de la Seguridad Social, siendo los destinatarios de la información, además de MAZ, aquellas entidades que tengan competencia y control en los servicios derivados de estas prestaciones.

De acuerdo con la Ley 15/1999, Ud. podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose por escrito a MAZ Mutua Colaboradora con la Seguridad Social N° 11.