

SOLICITUD DE PRESTACIÓN EXTRAORDINARIA DE CESE DE ACTIVIDAD  
PARA TRABAJADORES AUTÓNOMOS OBLIGADOS A SUSPENDER LA  
ACTIVIDAD POR RESOLUCIÓN DE LA AUTORIDAD COMPETENTE

(Art. 13.1 del Real Decreto-ley 30/2020, de 29 de septiembre)



¡ATENCIÓN! A partir del 9 de octubre ¡Podrá solicitar esta prestación on-line!

(la tramitación on-line será más ágil y tendrá un plazo de respuesta menor)

Accesos a la tramitación on-line de la solicitud:

CON usuario de oficina digital

SIN usuario de oficina digital

## 1. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

Primer apellido Segundo apellido Nombre  
DNI/NIE Nº Afiliación S.S. Teléfono fijo Teléfono móvil Correo electrónico

**¡Atención!** La resolución a su solicitud le será enviada por medios electrónicos por lo que deberá informar necesariamente un número de **teléfono móvil** y un **correo electrónico**, verificando que sean **válidos**.

## 2. VERIFICACIÓN DE REQUISITOS DE ACCESO

| SÍ | NO | RESPONDA A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS   |
|----|----|---|
|    |    | ¿Se encuentra al corriente en el pago de las cuotas a la Seguridad Social?  |
|    |    | ¿Tiene reconocido por la Tesorería General de la Seguridad Social una resolución de aplazamiento de las deudas contraídas con anterioridad a la fecha de la resolución de suspensión de la actividad?<br>En caso afirmativo, indique la fecha resolución de dicho aplazamiento <sup>(1)</sup>   |
|    |    | ¿Existe resolución de la autoridad competente que determine la suspensión temporal de toda su actividad?<br>En caso afirmativo, la fecha de efecto en que se inicia la suspensión de la actividad es _____ como _____<br>Acredita la resolución de la autoridad competente que adjunto a esta solicitud.<br>Consta en la Resolución publicada el _____ en el boletín oficial de _____ |

<sup>(1)</sup> Si el aplazamiento es posterior al 1 de octubre de 2020, deberá proceder al pago de dichas cantidades adeudadas para tener derecho a la prestación solicitada.

## 3. INFORMACIÓN ADICIONAL PARA EL CÁLCULO DE LA PRESTACIÓN

| SÍ | NO | RESPONDA A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS  |
|----|----|--|
|    |    | ¿Tiene reconocida la condición de familia numerosa?  |
|    |    | ¿Los únicos ingresos de la unidad familiar <sup>(2)</sup> proceden de la actividad suspendida? |
|    |    | ¿Más de un miembro de la unidad familiar tiene derecho a esta misma prestación extraordinaria? |

<sup>(2)</sup> Tiene la consideración de unidad familiar aquella en la que convivan en un mismo domicilio personas unidas por vínculo familiar, o unidad análoga de convivencia, hasta el primer grado de parentesco por consanguinidad o afinidad.

## 4. DATOS DE LA ASESORÍA (a rellenar en su caso)

Nombre de la asesoría  
Persona de contacto Teléfono Correo electrónico

## 5. DATOS BANCARIOS (debe ser el titular o cotitular de la cuenta bancaria que facilite)

Código IBAN Entidad Sucursal D.C Número de cuenta

## 6. DATOS FISCALES

Si desea que se le aplique un % IRPF superior al que legalmente establece la normativa fiscal, indíquelo \_\_\_\_\_ %.

Si su residencia fiscal se encuentra en TERRITORIO FORAL, a efectos de IRPF desea que se le aplique:

Residencia fiscal (provincia): \_\_\_\_\_ Tabla general (número de hijos: \_\_\_\_\_) Tabla de pensionistas.

**SOLICITUD DE PRESTACIÓN EXTRAORDINARIA DE CESE DE ACTIVIDAD PARA TRABAJADORES AUTÓNOMOS OBLIGADOS A SUSPENDER LA ACTIVIDAD POR RESOLUCIÓN DE LA AUTORIDAD COMPETENTE**

(Art. 13.1 del Real Decreto-ley 30/2020, de 29 de septiembre)



**7. DECLARACIÓN RESPONSABLE**

D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ con NIF \_\_\_\_\_, **DECLARO**, bajo mi responsabilidad, que:

1. Son ciertos todos los datos consignados en la presente solicitud.
2. Cuento con la documentación que en la misma se requiere, la cual pondré a disposición de la Mutua cuando así me sea requerida.
3. Cumplo con todos los requisitos, que a continuación se relacionan, para acceder a la Prestación extraordinaria de cese de actividad para los trabajadores autónomos afectados por una suspensión temporal de toda la actividad como consecuencia de resolución de la autoridad competente como medida de contención de la propagación del virus COVID-19 regulada en el artículo 13, apartado 1 del Real Decreto-ley 30/2020, de 29 de septiembre, de medidas sociales en defensa del empleo:
  - a. *Me encontraba afiliado y en situación de alta en el Régimen Especial al menos, 30 días naturales antes de la fecha de la resolución en que la autoridad competente acuerda el cese de la actividad.*
  - b. *Me hallo al corriente en el pago de las cuotas a la Seguridad Social correspondientes a mi Régimen Especial o cuento con una resolución de la TGSS sobre aplazamiento de cuotas adeudadas previa a la fecha de la resolución de cese de la actividad.*
  - c. *No percibo, ni tengo derecho, a ninguna prestación ni pensión de Seguridad Social que sea incompatible con el desempeño de mi actividad por cuenta propia (Ej: incapacidad temporal, maternidad, paternidad, riesgo durante el embarazo o lactancia,...).*
  - d. *He suspendido totalmente mi actividad obligado por la resolución de la autoridad competente.*
  - e. *No estoy desempeñando ninguna otra actividad por cuenta propia no que no esté afectada por una suspensión.*
  - f. *No estoy percibiendo rendimientos procedentes de la sociedad cuya actividad esté afectada por el cierre.*
  - g. *En caso de trabajar por cuenta ajena, los ingresos derivados del mismo son (o estimo que serán) inferiores a 1,25 veces el SMI<sup>(\*)</sup>*
  - h. *En caso de ser trabajador por cuenta propia del Régimen Especial del Mar, no percibo ayudas por paralización de la flota.*

**ME COMPROMETO**, bajo mi responsabilidad, a cumplir las siguientes obligaciones, cuya infracción podría dar lugar al reintegro total o parcial de la prestación percibida:

- Comunicar a la Mutua cualquier hecho que suponga dejar de cumplir los requisitos de acceso o mantenimiento de la prestación, así como a reintegrar las cantidades indebidamente percibidas, en caso de incumplir cualquiera de los citados compromisos o requisitos.
- Comunicar a la Mutua cualquier situación que sea incompatible con el percibo o mantenimiento de esta prestación extraordinaria de cese de actividad, entre las cuales se encontrarían las siguientes:
  - *Darme de baja en el Régimen Especial de la Seguridad Social, durante el percibo de la prestación.*
  - *La finalización de la suspensión total de mi actividad, cuando la resolución de la autoridad competente deje de ser de aplicación.*
  - *Que los ingresos derivados de los trabajos por cuenta ajena pudieran superar en 1,25 veces el SMI<sup>(\*)</sup>.*
  - *Que se me reconociese el acceso al derecho a cualquier otra prestación de la Seguridad Social que fuese incompatible con el desempeño de mi actividad.*
  - *Iniciar cualquier otra actividad por cuenta propia no suspendida.*
  - *Empezar a percibir rendimientos procedentes de la sociedad cuya actividad esté afectada por el cierre.*
  - *Empezar a percibir ayudas por paralización de la flota (en trabajadores por cuenta propia del Régimen Especial del Mar).*

<sup>(\*)</sup> SMI: Salario Mínimo Interprofesional publicado en el RD 231/2020, de 4 de febrero. SMI diario = 33,61 €/día. SMI mensual = 950 €/mes.

**MANIFIESTO y OTORGO**, mi consentimiento expreso para que FRATERNIDAD-MUPRESPA pueda recabar, de cualquier Administración, los datos necesarios para comprobar el cumplimiento de los requisitos de la prestación regulada en el art. 13 del Real Decreto-ley 30/2020, de 29 de septiembre, de medidas sociales en defensa del empleo.

Y expresamente consiento a FRATERNIDAD-MUPRESPA a recabar los datos tributarios del ejercicio 2020 necesarios para el seguimiento y control de las prestaciones solicitadas, tanto del Ministerio de Hacienda como de los Organismos autonómicos con competencias similares en materia fiscal y tributaria; a la vez que autorizo a éstos a facilitar dicha información a la citada Mutua.

CONFIRMO los consentimientos anteriores:       SÍ       NO

De no otorgar los consentimientos anteriores, le recordamos la obligación de facilitar a esta Mutua, en los 10 días siguientes a que le sea requerida, la declaración de la renta de las personas físicas del año 2020 y/o los certificados de las empresas en las que haya prestado servicios por cuenta ajena durante el año 2020 en los que consten las retribuciones percibidas en dicho periodo.

La ausencia de dichos documentos o su injustificada presentación fuera de plazo supondrán la denegación de la prestación.

**SOLICITO**, mediante la firma, o documento acreditativo de la misma, del presente impreso que se me reconozca la prestación extraordinaria de cese de actividad solicitada 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 \_\_\_\_\_ Firma del solicitante / representante

**¡Atención!** La solicitud únicamente deberá estar firmada por el solicitante o, en su defecto, por su representante (que deberá informar adicionalmente los datos al pie).

Nombre y apellidos del representante

DNI / NIE

Nº autorizado RED

# SOLICITUD DE PRESTACIÓN EXTRAORDINARIA DE CESE DE ACTIVIDAD PARA TRABAJADORES AUTÓNOMOS OBLIGADOS A SUSPENDER LA ACTIVIDAD POR RESOLUCIÓN DE LA AUTORIDAD COMPETENTE

(Art. 13.1 del Real Decreto-ley 30/2020, de 29 de septiembre)



## INSTRUCCIONES PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DE LA SOLICITUD

- Escriba con claridad y en letras mayúsculas.
- 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 por el solicitante o por su representante legal. La Mutua 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, igualmente debería ser enviada por correo electrónico, en formato PDF preferiblemente.

## DOCUMENTACIÓN OBLIGATORIA A APORTAR

- Solicitud de la prestación y declaración responsable, debidamente cumplimentada y firmada.
- Si la solicitud no está firmada digitalmente por el propio solicitante (trabajador por cuenta propia), deberá aportar una fotocopia legible del Documento de identidad (DNI / NIE / TIE) o Pasaporte (por ambas caras y en color).
- Modelo 145 de comunicación de datos al pagador (IRPF) (Excepto País Vasco y Navarra).
- Justificante de titularidad o cotitularidad de la cuenta bancaria informada en el apartado 5.
- En caso de familia numerosa, deberá aportar el documento oficial que acredite tal situación.
- Resolución de la autoridad competente que acuerde la suspensión total de la actividad (en el caso de no referenciar el boletín oficial en que hubiera sido publicada).

## DOCUMENTOS QUE DEBERÁN ESTAR A DISPOSICIÓN DE LA MUTUA (cuando le sean requeridos)

- Certificado de TGSS de estar al corriente de pago.
- 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.
- Declaración de la renta de las personas físicas del año 2020 y/o certificado de las empresas en las que haya trabajado durante el año 2020 en las que consten las retribuciones percibidas.
- Cualquier otro documento que se considere necesario para verificar los requisitos de acceso a la prestación solicitada.

## DUDAS Y ACLARACIONES

Ponemos a su disposición los siguientes canales para resolver las dudas relacionadas con esta prestación:

- Nuestra página web: [www.fraternidad.com](http://www.fraternidad.com) (con constantes actualizaciones y aclaraciones).
- La atención personalizada de nuestros gestores a través de correo electrónico. Consulte la dirección en este [listado](#).

## INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

### Responsable de tratamiento:

Fraternidad-Muprespa Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 275.

Para cualquier duda o aclaración se puede dirigir al delegado de Protección de Datos de Fraternidad-Muprespa a la siguiente dirección de correo electrónico [dpd@fraternidad.com](mailto:dpd@fraternidad.com).

### Finalidad:

Respecto a datos trabajador: gestionar las prestaciones económicas legalmente establecidas derivadas de la colaboración con la acción protectora de la Seguridad Social.

Respecto a datos empresa: gestionar la relación administrativa con los autónomos adheridos.

### Legitimación:

En relación con sus datos personales: Tratamiento necesario para el cumplimiento de una obligación legal. Tratamiento necesario para la ejecución de un contrato.

### Destinatarios:

Al Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social, así como Organismos y Entidades que integran la Seguridad Social en cumplimiento de la normativa de Seguridad Social y además se cederán o comunicarán a aquellos destinatarios que deban recibirlos en virtud de obligación legal.

### Derechos:

Puede ejercer los derechos de portabilidad, limitación, acceso, rectificación, supresión y oposición, así como no ser objeto de decisiones individualizadas, tal y cómo se explica en la información adicional.

### Información adicional:

Puede consultar información adicional y detallada sobre protección de datos en: [fraternidad.com/es-ES/aviso-legal](http://fraternidad.com/es-ES/aviso-legal)

# Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas Retenciones sobre rendimientos del trabajo

## Comunicación de datos al pagador (artículo 88 del Reglamento del IRPF)

Modelo  
**145**

Si prefiere no comunicar a la empresa o entidad pagadora alguno de los datos a que se refiere este modelo, la retención que se le practique podría resultar superior a la procedente. En tal caso, podrá recuperar la diferencia, si procede, al presentar su declaración del IRPF correspondiente al ejercicio de que se trate.

**Atención:** la inclusión de datos falsos, incompletos o inexactos en esta comunicación, así como la falta de comunicación de variaciones en los mismos que, de haber sido conocidas por el pagador, hubieran determinado una retención superior, constituye infracción tributaria sancionable con multa del 35 al 150 por 100 de las cantidades que se hubieran dejado de retener por esta causa. (Artículo 205 de la Ley 58/2003, de 17 de diciembre, General Tributaria).

### 1. Datos del perceptor que efectúa la comunicación

NIF  Apellidos y Nombre  Año de nacimiento

**Situación familiar:**

- Soltero/a, viudo/a, divorciado/a o separado/a legalmente con hijos solteros menores de 18 años o incapacitados judicialmente y sometidos a patria potestad prorrogada o rehabilitada que conviven exclusivamente con Vd., sin convivir también con el otro progenitor, siempre que proceda consignar al menos un hijo o descendiente en el apartado 2 de este documento .....
- Casado/a y no separado/a legalmente cuyo cónyuge no obtiene rentas superiores a 1.500 euros anuales, excluidas las exentas .....

NIF del cónyuge (si ha marcado la casilla 2, deberá consignar en esta casilla el NIF de su cónyuge) .....

- Situación familiar distinta de las dos anteriores (solteros sin hijos, casados cuyo cónyuge obtiene rentas superiores a 1.500 euros anuales, ..., etc.) .....

**Discapacidad** (grado de minusvalía reconocido) Igual o superior al 33% e inferior al 65% ....  Igual o superior al 65% ....  Además, tengo acreditada la necesidad de ayuda de terceras personas o movilidad reducida .....

**Movilidad geográfica:** Si anteriormente estaba Vd. en situación de desempleo e inscrito en la oficina de empleo y la aceptación del puesto de trabajo actual ha exigido el traslado de su residencia habitual a un nuevo municipio, indique la fecha de dicho traslado .....

**Obtención de rendimientos con período de generación superior a 2 años durante los 5 periodos impositivos anteriores:**  
 Marque esta casilla si, en el plazo comprendido en los 5 periodos impositivos anteriores al ejercicio al que corresponde la presente comunicación, ha percibido rendimientos del trabajo con período de generación superior a 2 años, a los que, a efectos del cálculo del tipo de retención le haya sido aplicada la reducción por irregularidad contemplada en el artículo 18.2 de la Ley del Impuesto y, sin embargo, posteriormente usted no haya aplicado la citada reducción en su correspondiente autoliquidación del Impuesto sobre la Renta .....

### 2. Hijos y otros descendientes menores de 25 años, o mayores de dicha edad si son discapacitados, que conviven con el perceptor

Datos de los hijos o descendientes menores de 25 años (o mayores de dicha edad si son discapacitados) que conviven con Vd. y que no tienen rentas anuales superiores a 8.000 euros.

|                      |                                   | Hijos o descendientes con discapacidad (grado de minusvalía reconocido)  |                               |  | Cómputo por entero de hijos o descendientes   |                          |
|----------------------|-----------------------------------|--|-------------------------------|--|---|--------------------------|
|                      |                                   | Si alguno de los hijos o descendientes tiene reconocido un grado de minusvalía igual o superior al 33 por 100, marque con una "X" la/s casilla/s que corresponda/n a su situación. |                               |  | En caso de hijos que convivan únicamente con Vd., sin convivir también con el otro progenitor (padre o madre), o de nietos que convivan únicamente con Vd., sin convivir también con ningún otro de sus abuelos, indique marcando con una "X" esta casilla. |                          |
| Año de nacimiento    | Año de adopción o acogimiento (1) | Grado igual o superior al 33% e inferior al 65%  | Grado igual o superior al 65% | Además, tiene acreditada la necesidad de ayuda de terceras personas o movilidad reducida | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>              | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>              | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>              | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>              | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |

**Atención:** Si tiene más de cuatro hijos o descendientes, adjunte otro ejemplar con los datos del quinto y sucesivos.

(1) Solamente en el caso de hijos adoptados o de menores acogidos. Tratándose de hijos adoptados que previamente hubieran estado acogidos, indique únicamente el año del acogimiento.

### 3. Ascendientes mayores de 65 años, o menores de dicha edad si son discapacitados, que conviven con el perceptor

Datos de los ascendientes mayores de 65 años (o menores de dicha edad si son discapacitados) que conviven con Vd. durante, al menos, la mitad del año y que no tienen rentas anuales superiores a 8.000 euros.

|                      |                                   | Ascendientes con discapacidad (grado de minusvalía reconocido)  |                               |  | Convivencia con otros descendientes   |                          |
|----------------------|-----------------------------------|---|-------------------------------|--|---|--------------------------|
|                      |                                   | Si alguno de los ascendientes tiene reconocido un grado de minusvalía igual o superior al 33 por 100, marque con una "X" la/s casilla/s que corresponda/n a su situación. |                               |  | Si alguno de los ascendientes convive también, al menos durante la mitad del año, con otros descendientes del mismo grado que Vd., indique en esta casilla el número total de descendientes con los que convive, incluido Vd. (Si los ascendientes sólo conviven con Vd., no rellene esta casilla). |                          |
| Año de nacimiento    | Año de adopción o acogimiento (1) | Grado igual o superior al 33% e inferior al 65%   | Grado igual o superior al 65% | Además, tiene acreditada la necesidad de ayuda de terceras personas o movilidad reducida | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>              | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>              | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |

(1) Solamente en el caso de hijos adoptados o de menores acogidos. Tratándose de hijos adoptados que previamente hubieran estado acogidos, indique únicamente el año del acogimiento.

### 4. Pensiones compensatorias en favor del cónyuge y anualidades por alimentos en favor de los hijos, fijadas ambas por decisión judicial

**Pensión compensatoria en favor del cónyuge.** Importe anual que está Vd. obligado a satisfacer por resolución judicial .....

**Anualidades por alimentos en favor de los hijos.** Importe anual que está Vd. obligado a satisfacer por resolución judicial .....

### 5. Pagos por la adquisición o rehabilitación de la vivienda habitual utilizando financiación ajena, con derecho a deducción en el IRPF

**Importante:** sólo podrán cumplimentar este apartado los contribuyentes que hayan adquirido su vivienda habitual, o hayan satisfecho cantidades por obras de rehabilitación de la misma, antes del 1 de enero de 2013.

Si está Vd. efectuando pagos por préstamos destinados a la adquisición o rehabilitación de su vivienda habitual por los que vaya a tener derecho a deducción por inversión en vivienda habitual en el IRPF y la cuantía total de sus retribuciones íntegras en concepto de rendimientos del trabajo procedentes de todos sus pagadores es inferior a 33.007,20 euros anuales, marque con una "X" esta casilla .....

### 6. Fecha y firma de la comunicación

Manifiesto ser contribuyente del IRPF y declaro que son ciertos los datos arriba indicados, presentando ante la empresa o entidad pagadora la presente comunicación de mi situación personal y familiar, o de su variación, a los efectos previstos en el artículo 88 del Reglamento del IRPF.

....., de ..... de .....

Firma del perceptor: \_\_\_\_\_

Fdo.: D / D.ª \_\_\_\_\_

### 7. Acuse de recibo

La empresa o entidad:

acusa recibo de la presente comunicación y documentación.

....., de ..... de .....

Firma autorizada y sello de la empresa o entidad pagadora: \_\_\_\_\_

Fdo.: D / D.ª \_\_\_\_\_