

DECLARACIÓN RESPONSABLE DE ÚNICO BENEFICIARIO

PECANE 1 (Art. 5 RD-Ley 2/2021, de 26 de enero)



Fraternidad Muprespa - Mutua Colaboradora con la Seguridad Social, nº 275 - Domicilio social: Plaza Cánovas del Castillo, 3 - 28014 (MADRID) - CIF: G-82287228 - fraternidad.com

D./D^a. _____ con DNI/NIE _____
a efectos de acreditar el porcentaje a aplicar a la base reguladora de la prestación extraordinaria por cese de actividad reguladas en el artículo 5 del RD-ley 2/2021, de 26 de enero

DECLARA

PRIMERO.- Que durante el periodo de percepción de la prestación que me fue reconocida provisionalmente vivía en la siguiente dirección:

Dirección del domicilio habitual (calle, plaza, ...) _____ N°/Km _____ Bloque _____ Esc. _____ Piso _____ Puerta _____

Código Postal _____ Localidad _____ Provincia _____

SEGUNDO.- La unidad familiar o de convivencia estuvo formada por las personas que a continuación relaciono (conforme a la documentación que adjunto)

	Nombre y apellidos	Fecha Nacimiento	DNI / NIE	Percibió PECANE 1.2
1				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
7				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
8				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
9				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
10				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
11				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
12				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

TERCERO.- De los convivientes relacionados en el punto anterior y unidos a mí por vínculo familiar o unidad análoga de convivencia hasta primer grado de parentesco por consanguinidad o afinidad, ha tenido derecho a esta misma prestación por cese de actividad:

Únicamente yo. Más de un miembro.

CUARTO.- Que los abajo firmantes, ratifican voluntariamente y mediante su firma, que lo manifestado en esta declaración es cierto y fiel reflejo de la realidad en el periodo de percepción de la prestación.

Para que conste a los efectos oportunos.

En _____, a _____ de _____ de 20____.

Relación de firmantes⁽¹⁾⁽²⁾

Beneficiario	<i>Conviviente</i>	<i>Conviviente</i>	<i>Conviviente</i>
DNI:	DNI:	DNI:	DNI:
<i>Conviviente</i>	<i>Conviviente</i>	<i>Conviviente</i>	<i>Conviviente</i>
DNI:	DNI:	DNI:	DNI:
<i>Conviviente</i>	<i>Conviviente</i>	<i>Conviviente</i>	<i>Conviviente</i>
DNI:	DNI:	DNI:	DNI:

La presente declaración responsable se acompaña de la siguiente documentación que acredita lo manifestado en la misma:

- Fotocopia de los DNI / NIE / Pasaporte de los convivientes [mayores de edad].
- Libro de familia.
- Certificado histórico del padrón, expedido en los últimos 3 meses y referido a las personas empadronadas en el domicilio indicado en el apartado PRIMERO durante el periodo comprendido entre el 01/02/2021 – 31/05/2021.
- Otros documentos de prueba.

¹ La validez de esta declaración queda supeditada a estar firmada por todos los componentes mayores de edad de la unidad familiar o de convivencia durante a fecha del hecho causante o que adquirieran esa condición durante la percepción de la prestación.

² Según el artículo 69 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas: *“La inexactitud, falsedad u omisión, de carácter esencial, en cualquier dato, manifestación o documento que se acompañe o incorpore a una declaración responsable o a una comunicación previa, o la no presentación ante la Administración competente de la declaración responsable o comunicación previa, determinará la imposibilidad de continuar con el ejercicio del derecho o actividad afectada desde el momento en que se tenga constancia de tales hechos, sin perjuicio de las responsabilidades penales, civiles o administrativas a que hubiera lugar.”*

INFORMACIÓN DE INTERÉS

FRATERNIDAD-MUPRESPA le informa:

- La presente declaración es de aplicación únicamente para verificar el porcentaje a aplicar en la prestación extraordinaria de cese de actividad regulada en el art. 5 del Real Decreto-ley 2/2021, de 26 de enero.
- Cumplimente toda la información requerida en el formulario preferiblemente empleando un ordenador. En caso de rellenar la solicitud a mano, escriba con claridad y en letras mayúsculas.
- La cumplimentación defectuosa o incorrecta de esta declaración o la falta de aportación de los documentos obligatorios que se indican, podrá suponer su subsanación y demorar la tramitación.
- Esta declaración, junto con el resto de los documentos que integran el expediente tramitado por Fraternidad-Muprespa, podrán ser presentados ante la Inspección de Trabajo y la Seguridad Social o ante la Agencia Tributaria cuando se detecten contradicciones en las declaraciones y certificaciones conforme establece la normativa vigente.
- La documentación complementaria que acompañe a la solicitud y se comunique telemáticamente, se enviará preferiblemente en formato PDF.

PRESENTACIÓN DE LA DECLARACIÓN RESPONSABLE

Puede hacer llegar a Fraternidad-Muprespa esta declaración responsable por alguno de los siguientes medios:

- **A través de nuestra oficina digital (canal preferente):** [Fraternidad.com/alegacionesCATACOVID](https://fraternidad.com/alegacionesCATACOVID)
- **A través de correo electrónico.**
Preferiblemente a la dirección de **correo electrónico que figuraba en el encabezado del trámite de audiencia** que se le envió.
- **Presencialmente o por correo postal.**
Consulte la dirección de su centro de gestión en: fraternidad.com/red-de-centros.

Recuerde que **deberá presentar la declaración responsable acompañada de toda la documentación requerida**. En el caso de que no presente toda la documentación requerida, dispone de un plazo de 10 días para presentarla. Transcurrido dicho plazo se resolverá el trámite de audiencia con la información obrante en el expediente.

DUDAS Y ACLARACIONES

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

- **Nuestra página web:** fraternidad.com/revisionCATACOVID (seleccionando la prestación indicada en el encabezado).
- **Atención personalizada a través de correo electrónico.**
Podrá realizar sus consultas a nuestros gestores a través del correo electrónico que se le facilitaba en el encabezado del trámite de audiencia que se le envió. Nuestros gestores le responderán a la mayor brevedad.

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

Responsable de tratamiento

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

Dirección de correo electrónico del Delegado de Protección de Datos de Fraternidad-Muprespa: dpd@fraternidad.com.

Finalidad

Gestionar las prestaciones económicas legalmente establecidas derivadas de la colaboración con la acción protectora de la Seguridad Social.

Legitimación

Tratamiento necesario para el cumplimiento de una obligación legal. Tratamiento necesario para la ejecución de un contrato.

Destinatarios

El 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 o de las autorizaciones realizadas por la interesada.

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

El/los firmante/s de este documento manifiesta/n que los datos personales son ciertos y que si se facilitan datos de terceros, se les ha informado y recabado su consentimiento para comunicarlos.

Información adicional y detallada sobre protección de datos en: fraternidad.com/es-ES/aviso-legal.