

FORMULARIO SOLICITUD PRESTACIÓN EXTRAORDINARIA PARA TRABAJADORES AUTÓNOMOS QUE DESARROLLEN SU ACTIVIDAD EN UN SECTOR AFECTADO POR MECANISMO RED EN SU MODALIDAD SECTORIAL

Disposición Adicional Cuadragésimo novena RD legislativo 8/2015

1. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre
Nº afiliación Seg. Social	DNI/NIF/NIE	Fecha de Nacimiento
Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	Email
Domicilio Personal		
Localidad	Provincia	Código Postal

2. DATOS PROFESIONALES DEL SOLICITANTE

2.1 Régimen de la seguridad social

<input type="checkbox"/> Trabajador Autónomo (RETA) <input type="checkbox"/> Trabajador del Régimen especial del mar <input type="checkbox"/> Trabajador Agrario cuenta propia (SETA)

2.2 Tipo de trabajador autónomo (deberá especificar al menos una de las siguientes)

<input type="checkbox"/> Administrador o Consejero de una Sociedad Mercantil <input type="checkbox"/> Socio que preste servicios a una Sociedad Mercantil <input type="checkbox"/> Comunero o socio de otras sociedades No Mercantiles <input type="checkbox"/> Socio trabajador de una Cooperativa de trabajo asociado <input type="checkbox"/> Trabajador autónomo que ejerza su actividad profesional conjuntamente con otros <input type="checkbox"/> Trabajador Autónomos Económicamente Dependiente (TRADE) <input type="checkbox"/> Autónomo no encuadrable en alguno de los anteriores colectivos

2.3 Situación del solicitante (deberá especificar al menos una de las siguientes)

<input type="checkbox"/> Profesional colegiado <input type="checkbox"/> Perceptor/a de prestaciones de ayudas por paralización de la flota <input type="checkbox"/> Perceptor/a de otras prestaciones de la Seguridad Social Indicar <input type="checkbox"/> Perceptor/a de pensiones de la Seguridad Social Indicar <input type="checkbox"/> Presta servicios para otra empresa por cuenta propia o ajena no afectada por mecanismo de red (art. 47 bis Estatuto de los Trabajadores) <input type="checkbox"/> Percibe prestación de cese de actividad o Mecanismo de sostenibilidad

2.4 Datos de la Actividad (deberá indicar siempre menos en caso de socio trabajador de cooperativa)

Nombre de la empresa	CIF de la empresa
¿Existía establecimiento abierto al público?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Nombre del establecimiento o denominación comercial		Actividad económica	
Domicilio de la actividad			
Localidad		Provincia	Código Postal
Teléfono		Email	
¿Tiene trabajadores por cuenta ajena a su cargo?			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Nº de trabajadores por cuenta ajena <i>(indicar en caso afirmativo)</i>			
Nº de trabajadores a los que afecta el mecanismo red en su modalidad sectorial			
¿La empresa está al corriente de las obligaciones salariales con los trabajadores?			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

2.5 Socio trabajador de cooperativa de trabajo asociado *(indicar sólo en caso de socio trabajador de cooperativa)*

Nombre de la cooperativa		Forma jurídica	
CCC		CIF de la empresa	
Domicilio de la cooperativa			
Localidad		Provincia	Código Postal
Teléfono		Email	
¿Tiene trabajadores dependientes?			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Nº de trabajadores dependientes <i>(indicar en caso afirmativo)</i>			
Nº de trabajadores a los que afecta el mecanismo red en su modalidad sectorial			
¿La empresa está al corriente de las obligaciones salariales con los trabajadores?			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

2.6 Pluriempleo/pluriactividad *(indicar sólo si aplica)*

Nombre de la otra empresa		Régimen del trabajador en la otra empresa	
CCC		CIF de la empresa	
Domicilio de la otra empresa			
Localidad		Provincia	Código Postal
Teléfono		Email	
Funciones que desempeñaba en la otra empresa			

La empresa está afectada por el mecanismo red en su modalidad sectorial	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
---	---

2.7 Datos de la asesoría *(indicar sólo si aplica)*

Nombre de la asesoría	CIF de la asesoría	Nº de red
-----------------------	--------------------	-----------

3. DATOS ESPECÍFICOS DE LA SOLICITUD DE PRESTACIÓN

Fecha recepción Resolución Autoridad laboral	___ / ___ / _____		
Periodo de reducción de la actividad según resolución	___ / ___ / _____ a ___ / ___ / _____		
Primera solicitud	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Prórroga <i>(indicar número de prórroga solicitada 1º, 2º o 3º)</i>	
Porcentaje de trabajadoras afectados en la empresa por el mecanismo RED		¿Está incluido el autónomo en la resolución?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Ingresos de los dos trimestres consecutivos anteriores a la solicitud		Ingresos mismos trimestres ejercicio anterior	
Porcentaje de reducción de ingresos entre ejercicios		Ingresos del autónomo trimestre anterior a la solicitud	

4. DATOS BANCARIOS Y FISCALES

(el solicitante deberá ser necesariamente titular de la cuenta corriente)

Banco															
IBAN															
E	S														

Tipo IRPFvoluntario <i>(superior obligatorio según normativa fiscal)</i>		
Si su residencia fiscal está en TERRITORIO FORAL, a efectos de retención por IRPF desea que se aplique:	<input type="checkbox"/> Tabla general <i>(indicar nº hijos)</i>	
	<input type="checkbox"/> Tabla de pensionistas	
	<input type="checkbox"/> Tipo voluntario <i>(indicar %)</i>	
Si su residencia fiscal está en el EXTRANJERO, indique el país _____ y si pertenece a la Unión Europea marque:	<input type="checkbox"/> SI	
	<input type="checkbox"/> NO	

5. CONSENTIMIENTO

D./D^a _____, con NIF _____ otorgo el consentimiento a la Mutua Montañesa, Mutua colaboradora con la Seguridad Social Nº 7, para recabar de cualquier Administración los datos necesarios para comprobar el cumplimiento de los requisitos de la prestación regulada Real Decreto-ley 13/2022, de 26 de Julio.

Declaro bajo mi responsabilidad que son ciertos los datos que se consignan en la presente solicitud y que, al día de la fecha, los datos declarados siguen siendo vigentes y asimismo quedo enterado de la obligación de comunicar a Mutua Montañesa cualquier variación de los datos en ella expresados, que pudieran producirse durante la percepción de la prestación, informándose que en caso de resultar inciertos, la Mutua se reserva el derecho de reclamación de la prestación a que hubiera dado lugar.

En _____, a _____ de _____ de _____.

FIRMA

DOCUMENTACIÓN A ACOMPAÑAR (MARQUE "X" PARA INDICAR LA DOCUMENTACIÓN QUE APORTA)

Documentación obligatoria para todos los supuestos

En todos los supuestos con carácter general

- Fotocopia del DNI/NIE/Pasaporte (por ambas caras)
- Modelo 145 de situación a efectos de IRPF debidamente cumplimentado. (Excepto País Vasco y Navarra, supuestos en los que, en su lugar, debe acompañarse fotocopia del libro de familia para acreditar la edad de los hijos)
- Certificado de que la empresa está al corriente en el pago de sus obligaciones de Seguridad Social
- Certificado de que la empresa está al corriente en sus obligaciones tributarias
- Documento que acredite la titularidad de la cuenta bancaria en el que aparezcan los 24 dígitos del IBAN
- Fotocopia del Certificado de Residencia para aquellos no Residentes en España

En caso de tener el solicitante trabajadores dependientes

- Resolución de la Autoridad laboral autorizando el mecanismo red en su modalidad sectorial
- Proyecto de inversión y actividad a desarrollar con el importe de la prestación
- Plan de recualificación profesional presentado ante la autoridad laboral para los trabajadores de la empresa y el trabajador autónomos
- Compromiso de actividad Regulado en el Art 300 del RD legislativo 8/2015

En caso de no tener el solicitante trabajadores dependientes

- Proyecto de inversión y actividad a desarrollar con el importe de la prestación
- Plan de recualificación profesional presentado ante la autoridad laboral
- Compromiso de actividad Regulado en el Art 300 del RD legislativo 8/2015

Documentación económica para acreditación de las pérdidas

Documentación obligatoria

- Liquidación/Declaración de IRPF (liquidación-es/declaración-es anual y pagos fraccionados o trimestrales) de los dos trimestres anteriores a la fecha de inicio de la prestación, y de los mismos trimestres ejercicio anterior
- Liquidación/Declaración de IVA (liquidación-es/declaración-es anual y pagos fraccionados o trimestrales) de los dos trimestres anteriores a la fecha de inicio de la prestación, y de los mismos trimestres ejercicio anterior
- Cuenta de resultados de la empresa de la que sea titular el solicitante, de los dos trimestres anteriores a la fecha de inicio de la prestación, y de los mismos trimestres del ejercicio anterior
- Documentación acreditativa de los ingresos del autónomo durante los dos trimestres anteriores a los de la solicitud

En el supuesto de tributación por estimación objetiva (módulos)

- Declaración sobre los rendimientos de actividades económicas en los casos de declaración de IRPF por estimación objetiva de los dos trimestres anteriores a la fecha de inicio de la prestación, y de los dos mismos trimestres del ejercicio anterior

En el supuesto de socios o cooperativistas

- Liquidación/Declaración del Impuesto de Sociedades (liquidación-es/declaración-es anual y pagos fraccionados) de los dos trimestres anteriores al de inicio de la prestación, y de los mismos trimestres del ejercicio anterior
- Cuenta de pérdidas y ganancias

Otra documentación

- Documentación contable, profesional, fiscal, administrativa o judicial en la que conste lo manifestado en la declaración jurada y en la que habrá de constar la fecha de producción de los referidos motivos

Desde Mutua Montañesa te informamos que:

Este documento, junto con el resto de los que integran la solicitud, podrá ser presentado por Mutua Montañesa ante la Inspección de Trabajo y la Seguridad Social cuando se detecten contradicciones en las declaraciones y certificaciones de acuerdo con lo dispuesto en

la normativa vigente.

De no estar de acuerdo con las decisiones de Mutua Montañesa, podrás efectuar reclamación previa ante este órgano gestor antes de acudir al órgano jurisdiccional del orden social competente.

Es obligación de los trabajadores autónomos así como de los solicitantes y beneficiarios de la prestación que active el mecanismo RED en su modalidad cíclica:

- Solicitar a la misma Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social con la que tengan concertadas contingencias profesionales la cobertura de la protección por cese de actividad.
- Mantenerse de alta en el régimen durante toda la vigencia de la prestación.
- Cumplir las obligaciones adquiridas al adoptar el mecanismo RED.
- Incorporarse a la actividad cuando se acuerde el levantamiento de las medias adoptadas en el mecanismo red y mantenerse en el desarrollo de la actividad al menos seis meses consecutivos.
- Proporcionar la documentación e información que resulten necesarios a los efectos del reconocimiento, suspensión, extinción o reanudación de la prestación.
- Mantenerse durante el percibo de la misma al corriente en las cotizaciones a la seguridad social de los trabajadores de la empresa.
- Solicitar la baja en la prestación por cese de actividad cuando se produzcan situaciones de suspensión o extinción del derecho o se dejen de reunir los requisitos exigidos para su percepción, en el momento en que se producen dichas situaciones.
- No trabajar por cuenta propia (excepto la actividad que motiva la solicitud de prestación) o ajena durante la percepción de la prestación.
- No percibir de forma simultánea prestaciones derivadas de dos o más mecanismos red, sin perjuicio del derecho de opción por la más beneficiosa
- Reintegrar las prestaciones indebidamente percibidas.

La prestación para la sostenibilidad de la actividad de las personas trabajadores autónomas de un sector de actividad afectado por el mecanismo RED de flexibilidad y estabilización del empleo en su modalidad cíclica se encuentra regulada en el Real Decreto legislativo 8/2015 de 30 de octubre (Disposición Adicional Cuadragésima octava).

INFORMACIÓN SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

En cumplimiento del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016 (Reglamento General de Protección de Datos), le informamos que sus datos personales serán tratados por:

Responsable del Tratamiento de Datos: MUTUA MONTAÑESA, Mutua colaboradora con la Seguridad Social nº 7,
CIF: G39008321

Domicilio social: calle Ataúlfo Argenta, 19, 39004-Santander.
Delegado de Protección de Datos: dpo@mutuamontanesa.es

Finalidad del tratamiento: Los datos personales facilitados por usted serán susceptibles de tratamiento estrictamente confidencial, con la exclusiva finalidad de que Mutua Montañesa pueda prestar los servicios a los que se encuentra obligado de conformidad con lo dispuesto en la legislación vigente, y en particular la asistencia sanitaria y el abono, en su caso, de las prestaciones económicas que puedan corresponder.

Le informamos que sobre la base de estos datos no se elaborarán perfiles ni se tomarán decisiones automatizadas.

Los datos solicitados en el formulario son estrictamente necesarios para la correcta ejecución de los servicios prestados por parte de MUTUA MONTAÑESA.

Conservación de los datos: Los datos proporcionados se conservarán durante los años necesarios para cumplir con las obligaciones legales y en función de los deberes de conservación específicamente contemplados en la legislación vigente.

Base legal: La base legal para el tratamiento de sus datos personales reside las competencias conferidas a la Mutua en su condición de Entidad Colaboradora con la Seguridad Social.

Destinatarios: Adicionalmente se le informa de que el responsable del fichero, en el marco de la finalidad anteriormente indicada, podrá ceder sus datos personales a:

Las Autoridades laborales y de la Seguridad Social, en el marco de sus competencias,

- *Compañías aseguradoras, en los casos en que sea necesario en función de la naturaleza de la asistencia prestada, proveedores de servicios externos vinculados a la prestación de asistencia sanitaria, peritaje y desarrollo de actividades para la prevención de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, como por ejemplo, a profesionales médicos independientes, laboratorios externos, etc..*
- *Las mutuas integrantes de SUMA INTERMUTUAL en el marco de la colaboración regulada mediante los convenios suscritos entre las distintas Mutuas que componen dicha asociación.*
- *Otras Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social con las que se tenga suscrito el correspondiente acuerdo o convenio de asistencia sanitaria.*

Administraciones Públicas sanitarias.

- *Sociedades de Prevención que presten servicios a nuestros Mutualistas, a los exclusivos fines de que puedan cumplir con sus obligaciones legales. En ningún caso la información facilitada podrá contener datos que no resulten de interés para realizar las funciones que les son propias (por ejemplo no se transmitirán datos relativos a tratamientos, resultado de pruebas etc. cuando los mismos no resulten relevantes para actividad preventiva)*

El tratamiento y las cesiones de sus datos anteriormente indicadas son imprescindibles para poder prestar la asistencia sanitaria correspondiente y, en su caso, abonar las prestaciones económicas que correspondan.

Derechos: Tiene el derecho de acceder a sus datos y solicitar la rectificación y/o borrado de los datos personales o la restricción del tratamiento de éstos. Asimismo, tiene derecho a oponerse al tratamiento de sus datos y a solicitar su portabilidad.

Para ejercer sus derechos, puede contactar con el Delegado de Protección de Datos mediante carta dirigida a C/Ataúlfo Argenta 19 -39004 Santander-, o al email dpo@mutuamontanesa.es.

Tiene el derecho de presentar una reclamación a la Autoridad de Control, esto es, la Agencia Española de Protección de Datos, a la cual puede acceder mediante el siguiente enlace:

<https://www.agpd.es/portaWebAGPD/CanalDelCiudadano/derechos/index-ides-idphp.php>