

SOLICITUD PRESTACIÓN ORDINARIA EXTRAORDINARIA POR CESE DE ACTIVIDAD (POECATA)

Artículo 9. Prestación de cese de actividad y trabajo por cuenta propia, del Real Decreto-ley 24/2020, de 26 de junio, de medidas sociales de reactivación del empleo y protección del trabajo autónomo y de competitividad del sector industrial.

1. DATOS PERSONALES

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre
Nº Afiliación Seg. Social	D.N.I./N.I.F./Pasaporte/N.I.E.	Fecha de Nacimiento
E-mail	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil
Domicilio Personal		
Población	Provincia	Código Postal

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 dos pagas extraordinarias.

HIJO 1

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre
D.N.I./N.I.F./Pasaporte/N.I.E.	Fecha de Nacimiento	Grado de discapacidad (> = 33%) Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

HIJO 2

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre
D.N.I./N.I.F./Pasaporte/N.I.E.	Fecha de Nacimiento	Grado de discapacidad (> = 33%) Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

HIJO 3

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre
D.N.I./N.I.F./Pasaporte/N.I.E.	Fecha de Nacimiento	Grado de discapacidad (> = 33%) Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

HIJO 4

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre
D.N.I./N.I.F./Pasaporte/N.I.E.	Fecha de Nacimiento	Grado de discapacidad (> = 33%) Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

3. DATOS PROFESIONALES DEL SOLICITUD

3.1. 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

3.2. 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

3.3. Información adicional (contestar SI o NO)

Es preceptor de otras prestaciones de la Seguridad Social (indicar cual) Sí No

- Incapacidad temporal
- Prestación por riesgo durante el embarazo o lactancia
- Maternidad/Paternidad
- Prestación por cuidado de hijos menores con cáncer u otra enfermedad grave
- Jubilación activa

Es preceptor de otras Prestaciones diferentes Sí No

Percibe ayudas por paralización de flota o similar Sí No

Es profesional colegiado Sí No

3.4. Datos de la empresa o actividad

Actividad Económica	Código CNAE	¿Existía establecimiento abierto al público? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nombre del establecimiento
Domicilio de la Actividad			Localidad

3.5. Datos de la asesoría (rellenar en su caso) Denominación E-mail Teléfono

4. OTROS DATOS

¿Tiene trabajadores por cuenta ajena a su cargo? Sí No

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

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

IBAN																			
E	S																		

5. CONSENTIMIENTO GENERAL

D./D^a _____ con NIF _____ otorgo el consentimiento expreso a la Mutua Montañesa, Mutua colaboradora con la Seguridad Social N^o7, para recabar de cualquier Administración los datos necesarios para comprobar el cumplimiento de los requisitos de la prestación regulada en el artículo 9 del Real Decreto-ley 24/2020, de 26 de junio, de medidas sociales de reactivación del empleo y protección del trabajo autónomo de competitividad del sector industrial.

6. CONSENTIMIENTO EXPRESO

¿Presta su consentimiento para recabar del Ministerio de Hacienda, los datos tributarios de los ejercicios 2019 y 2020 necesarios para el seguimiento y control de las prestaciones reconocidas?

Sí No

Ante respuesta negativa, le recordamos la obligación de facilitar a esta entidad la documentación que a continuación se indica, o modelos equivalentes de carácter territorial, en el plazo de 10 días a partir del momento que le sea requerida. En caso contrario se procederá a

denegar la prestación:

- *Copia del modelo 303 de autoliquidación del Impuesto sobre el Valor Añadido (IVA), correspondiente a las declaraciones del segundo y tercer trimestre de los años 2019 y 2020.*
- *Copia del modelo 130 correspondiente a la autoliquidación en pago fraccionado del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF) del segundo y tercer trimestre de los años 2019 y 2020 a los efectos de poder determinar lo que corresponde al tercer y cuarto trimestre de esos años.*
- *Los trabajadores autónomos que tributen en el Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF) por estimación objetiva (modelo 131) deberán aportar la documentación necesaria o cualquier otro medio de prueba que sirva para acreditar los ingresos exigidos en este precepto.*

Fecha de presentación de la solicitud y firma de la persona solicitante

En _____ a _____ de _____ de _____.