

SOLICITUD DE PRESTACIÓN ECONÓMICA POR CESE DE ACTIVIDAD

Título V del Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre

1. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre	
Teléfono fijo		Teléfono móvil		Núm. Afiliación Seguridad Social	
				DNI/NIF/Pasaporte/TIE	
				Fecha de nacimiento	
				___ / ___ / ____	
Domicilio					
Núm.	Bloq.	Esc.	Piso	Puerta	Código postal
Provincia				E-mail	

DATOS DE LA ASESORÍA

Nombre de la Asesoría / Gestoría	Tel. Asesoría	E-mail Asesoría

2. DATOS DE LOS HIJOS QUE CONVIVEN CON EL SOLICITANTE

Indicar hijos a cargo, cuando estos sean menores de veintiséis años, o mayores con una discapacidad en grado igual o superior al 33 por ciento, carezcan de rentas de cualquier naturaleza iguales o superiores al salario mínimo interprofesional excluida la parte proporcional de las pagas extraordinarias, y convivan con el beneficiario.

Datos	Hijo/a 01		Hijo/a 02		Hijo/a 03		Hijo/a 04	
DNI o NIE								
Primer apellido								
Segundo apellido								
Nombre								
Fecha de nacimiento								
Grado de discapacidad igual o superior al 33%	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No

3. DATOS PROFESIONALES DEL SOLICITANTE

Régimen Seg. Social (marque con una "x" la opción que proceda):		
A. - Autónomo (RETA)	B. - R. Especial del mar	C. - Agrario (SETA)
Fecha de la última alta en el régimen Especial. ___ / ___ / ____	Fecha de baja en el régimen Especial ___ / ___ / ____	
Tipo de trabajador autónomo (marque con una "x" la opción que proceda):		
A. - Trabajador autónomo no encuadrable en los siguientes colectivos (Autónomo individual)	A (pág. 4)	<input type="radio"/>
B. - Administrador o Consejero de una Sociedad Mercantil	B (pág. 4)	<input type="radio"/>
C. - Autónomos Socios que preste otros servicios a una Sociedad Mercantil	C (pág. 4)	<input type="radio"/>
D. - Comunereros de las comunidades de bienes y socio de otras Sociedades No Mercantiles	D (pág. 4)	<input type="radio"/>
E. - Socio trabajador de cooperativa de trabajo asociado	E (pág. 5)	<input type="radio"/>
F. - Trabajador autónomo que ejerce su actividad profesional conjuntamente con otros	F (pág. 6)	<input type="radio"/>
G. - Trabajador autónomo económicamente dependiente (TRADE)	G (pág. 7)	<input type="radio"/>
Situaciones del solicitante	Sí	No
Es trabajador por cuenta ajena		
Es perceptor de prestaciones de ayudas por paralización de la flota		
Es perceptor de otras prestaciones	Tipo:	
Es perceptor de pensiones de la Seguridad Social	Tipo:	

4. DATOS DE LA ACTIVIDAD

Nombre de la empresa		Nº CIF / NIF					
Establecimiento	Nombre del establecimiento						
Sí No							
Domicilio de la actividad							
Núm.	Bloq.	Esc.	Piso	Puerta	Código postal	Localidad	Provincia
Teléfono fijo		Teléfono móvil		E-mail			
Actividad Económica / Oficio / Profesión				Temporalidad		Nº Trabajadores por cuenta ajena	
				Desde ___ / ___ / ____			
				Hasta ___ / ___ / ____			

SOLICITUD DE PRESTACIÓN ECONÓMICA POR CESE DE ACTIVIDAD

Título V del Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre

Nombre:
Apellidos:
DNI / NIE:

5. PLURIACTIVIDAD

Nombre de la empresa							Nº CIF / NIF	
Régimen del trabajador en la empresa							Número Cuenta Cotización	
Domicilio								
Núm.	Bloq.	Esc.	Piso	Puerta	Código postal	Localidad		Provincia
Teléfono fijo			Teléfono móvil			E-mail		
Funciones que desempeña en la empresa								

6. SOCIO TRABAJADOR DE COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO O SIMILARES

Nombre de la empresa							Nº CIF / NIF	
Forma Jurídica							Número Cuenta Cotización	
Domicilio								
Núm.	Bloq.	Esc.	Piso	Puerta	Código postal	Localidad		Provincia
Teléfono fijo			Teléfono móvil			E-mail		
Trabajadores dependientes								
Sí		No		Nº Trabajadores dependientes:				

7. DATOS DE LA PRESTACIÓN

Cese de la actividad		En caso de reanudación del cese		
Carácter: Temporal <i>fuera mayor/violencia género</i> Permanente	Tipo: Inicial Reanudación	Anterior periodo de cese de actividad: Desde ___ / ___ / ___ Hasta ___ / ___ / ___		
Periodos cotizados por cese de actividad		Desde ___ / ___ / ___	Hasta ___ / ___ / ___	
¿Tiene aplazadas cuotas por la Tesorería de la Seguridad Social?		Sí	No	Fecha resolución del aplazamiento: ___ / ___ / ___

8. DATOS BANCARIOS PARA EL COBRO DE LA PRESTACIÓN MEDIANTE TRANSFERENCIA

Nombre de la entidad financiera													
Código o país	Entidad	Sucursal	D.C.	Nº cuenta									

Se indicarán todos los datos solicitados de la cuenta en que desee recibir la prestación, debiendo ser el TITULAR de la misma. Se cumplimentarán siempre, aunque se hubieran facilitado con anterioridad.

9. DATOS FISCALES

9.1 Domicilio fiscal (*marque la opción que proceda*)

- a) En territorio nacional, excepto territorio foral
- b) En territorio foral (*indique el que corresponda*) Bizkaia Araba Gipuzkoa Navarra
- c) No residente en territorio nacional

SOLICITUD DE PRESTACIÓN ECONÓMICA POR CESE DE ACTIVIDAD

Título V del Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre

Nombre:
Apellidos:
DNI / NIE:

9.2 Sólo en el caso de domicilio fiscal en territorio foral:

	Año de nacimiento					
	Desc. 1	Desc. 2	Desc. 3	Desc. 4	Desc. 5	Desc. 6
Descendientes a cargo con derecho a deducción según la respectiva Norma Foral reguladora del IRPF:						
Discapacidad del solicitante (grado de minusvalía reconocido) :		Igual o superior al 33%			Igual o superior al 65%	
¿Obligado a satisfacer pensión compensatoria al cónyuge o pareja de hecho por resolución judicial?		Importe anual				

9.3 Tipo voluntario de retención

Tipo voluntario de retención por IRPF: _____ % (no se aceptará un porcentaje inferior al legal establecido)

ME COMPROMETO a cumplir las exigencias del compromiso de actividad ante los Servicios Públicos de Empleo correspondientes en los términos contemplados en los arts. 330.1 c) y 347.1 g) y h) del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por Real Decreto legislativo 8/2015, de 30 de octubre, que supondrá acreditar activa disponibilidad para la reincorporación al mercado de trabajo a través de la realización de actividades formativas de orientación profesional y de promoción de la actividad emprendedora, así como de las acciones específicas que se convoquen.

DECLARO, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud y manifiesto que quedo enterado/a de la obligación de comunicar a Egarsat cualquier variación que pudiera producirse en lo sucesivo.

MANIFIESTO, mi consentimiento para que mis datos personales de identificación personal y residencia puedan ser consultados con garantía de confidencialidad, en el caso de acceso informatizado a dichos datos, así como la verificación y cotejo de cualquier otro dato de carácter personal o económico, que sea necesario para el reconocimiento o el mantenimiento de percepción de las prestaciones por desempleo, a obtener de las bases de datos de cualquier otro Organismo o Administración Pública.

SOLICITO, mediante la firma del presente impreso que se me reconozca la prestación de cese de actividad y el abono en la cuenta bancaria cuyos datos he consignado en el apartado 8 de este impreso.

Firma del interesado

_____, ____ de _____ de _____

SOLICITUD DE PRESTACIÓN ECONÓMICA POR CESE DE ACTIVIDAD

Título V del Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre

Nombre:
Apellidos:
DNI / NIE:

10. DECLARACIÓN JURADA SOBRE EL MOTIVO DE CESE DE ACTIVIDAD:

(indique el colectivo Autónomo al que pertenece)

- | | |
|---|---|
| A.- Trabajador autónomo no encuadrable en ninguno de los otros colectivos (B, C, D, E, F o G) | A |
| B.- Administrador o Consejero de una Sociedad Mercantil | B |
| C.- Autónomos Socios que presten otros servicios a una Sociedad Mercantil | C |
| D.- Comuneros de las comunidades de bienes y socio de otras Sociedades No Mercantiles | D |

Motivo alegado para el cese de actividad (Señalar la causa que corresponda)											
Causas Económicas, Técnicas, Organizativas o de Producción determinantes de la inviabilidad de continuar con el negocio o actividad:											
1.1 De existir establecimiento abierto al público, se exige su cierre, consignar la fecha de cierre: ____ / ____ / ____											
1.2 Si es profesional colegiado, consignar la fecha de baja como ejerciente en el Colegio Profesional correspondiente: ____ / ____ / ____											
1.3 Detalle del motivo alegado: Pérdidas derivadas del ejercicio de su actividad en un año completo superiores al 10% de los ingresos obtenidos en el mismo periodo. El primer año de actividad no computará en ningún caso, a estos efectos. <i>Los datos a consignar en Ingresos y Gastos deberán coincidir con la documentación fiscal y contable que se aportará para su justificación.</i>											
<table border="1"><thead><tr><th>Ejercicio Económico (especificar año)</th><th>INGRESOS</th><th>GASTOS</th><th>PÉRDIDAS</th></tr></thead><tbody><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></tbody></table> <i>Deberá consignarse los datos del ejercicio económico completo inmediatamente anterior al cese de actividad.</i>				Ejercicio Económico (especificar año)	INGRESOS	GASTOS	PÉRDIDAS				
Ejercicio Económico (especificar año)	INGRESOS	GASTOS	PÉRDIDAS								
Ejecuciones Administrativas o Judiciales tendentes al cobro de deudas reconocidas por los órganos ejecutivos que comportan, al menos, el 30% de los ingresos de la actividad de la persona trabajadoras autónoma correspondientes al ejercicio económico inmediatamente anterior.											
<table border="1"><thead><tr><th>INGRESOS</th><th>EJECUCIONES(*)</th></tr></thead><tbody><tr><td> </td><td> </td></tr></tbody></table> <i>*Se consignará el importe que conste en las resoluciones administrativas o judiciales que se aporten para justificar este motivo</i>				INGRESOS	EJECUCIONES(*)						
INGRESOS	EJECUCIONES(*)										
Declaración Judicial de Concurso que impida continuar con la actividad, en los términos de la Ley 22/2003, de 9 de julio, concursal. <i>Aportar documentación que justifique</i>											
Otras Causas Económicas, Técnicas, Organizativas o de Producción (Indicar las causas):											
Fuerza Mayor											
Detallar el hecho ocurrido y su incidencia en la inviabilidad de continuar de forma temporal o definitiva con el negocio. En el caso de ser temporal no procede la baja en el régimen especial de la Seguridad Social											
Indicar la fecha en la que se ha producido el motivo aducido: ____ / ____ / ____ <i>Debe tratarse de un acontecimiento de carácter extraordinario (incendios, terremotos, inundaciones, etc)</i>											
Pérdida licencia administrativa											
Indicar el motivo de la pérdida de la licencia											
Indicar la fecha de la pérdida: ____ / ____ / ____											
Violencia de género											
Indicar la fecha en la que se ha producido el motivo aducido: ____ / ____ / ____											
Divorcio o separación matrimonial											
¿Ejerce funciones de ayuda familiar del titular del negocio o actividad ?		Sí	No								
Indicar la fecha de divorcio o separación: ____ / ____ / ____											

De acuerdo con lo previsto en el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, formulo la presente declaración jurada sobre las causas que acreditan la situación legal de cese de actividad y certifico bajo mi responsabilidad que son ciertos los datos que se consignan en el presente documento, así como el resto de los que se acompañan. Asimismo, declaro haber cumplido con las obligaciones establecidas en la legislación laboral para el supuesto de existencia de trabajadores por cuenta ajena en la actividad a mi cargo.

Firma del declarante

_____, ____ de _____ de _____

SOLICITUD DE PRESTACIÓN ECONÓMICA POR CESE DE ACTIVIDAD

Título V del Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre

Nombre:
Apellidos:
DNI / NIE:

10. DECLARACIÓN JURADA SOBRE EL MOTIVO DE CESE DE ACTIVIDAD:

E.- Socio trabajador de cooperativa de trabajo asociado

Motivo alegado para el cese de actividad (<i>Señalar la causa que corresponda</i>)			
Aspirante a socio no admitido en periodo de prueba			
Socio expulsado improcedentemente			
Finalización del periodo de duración del vínculo societario			
Causas Económicas, Técnicas, Organizativas o de Producción determinantes de la inviabilidad de continuar con el negocio o actividad:			
1.1 De existir establecimiento abierto al público, se exige su cierre, consignar la fecha de cierre: ____ / ____ / ____			
1.2 Si es profesional colegiado, consignar la fecha de baja como ejerciente en el Colegio Profesional correspondiente: ____ / ____ / ____			
1.3 Detalle del motivo alegado:			
Pérdidas derivadas del ejercicio de su actividad en un año completo superiores al 10% de los ingresos obtenidos en el mismo periodo. El primer año de actividad no computará en ningún caso, a estos efectos. <i>Los datos a consignar en Ingresos y Gastos deberán coincidir con la documentación fiscal y contable que se aportará para su justificación</i>			
Ejercicio Económico (especificar año)	INGRESOS	GASTOS	PÉRDIDAS
Deberá consignarse los datos del ejercicio económico completo inmediatamente anterior al cese de actividad.			
Ejecuciones Administrativas o Judiciales tendentes al cobro de deudas reconocidas por los órganos ejecutivos que comportan, al menos, el 30% de los ingresos de la actividad de la persona trabajadoras autónoma correspondientes al ejercicio económico inmediatamente anterior.			
	INGRESOS	EJECUCIONES(*)	
* Se consignará el importe que conste en las resoluciones administrativas o judiciales que se aporten para justificar este motivo			
Declaración Judicial de Concurso que impida continuar con la actividad, en los términos de la Ley 22/2003, de 9 de julio, concursal. <i>Aportar documentación que justifique</i>			
Otras Causas Económicas, Técnicas, Organizativas o de Producción (Indicar las causas):			
Fuerza Mayor			
Detallar el hecho ocurrido y su incidencia en la inviabilidad de continuar de forma temporal o definitiva con el negocio. En el caso de ser temporal no procede la baja en el régimen especial de la Seguridad Social			
Indicar la fecha en la que se ha producido el motivo aducido: ____ / ____ / ____ <i>Debe tratarse de un acontecimiento de carácter extraordinario (incendios, terremotos, inundaciones, etc)</i>			
Pérdida licencia administrativa			
Indicar el motivo de la pérdida de la licencia			
Indicar la fecha de la pérdida: ____ / ____ / ____			
Violencia de género			
Indicar la fecha en la que se ha producido el motivo aducido: ____ / ____ / ____			

De acuerdo con lo previsto en el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, formulo la presente declaración jurada sobre las causas que acreditan la situación legal de cese de actividad y certifico bajo mi responsabilidad que son ciertos los datos que se consignan en el presente documento, así como el resto de los que se acompañan. Asimismo, declaro haber cumplido con las obligaciones establecidas en la legislación laboral para el supuesto de existencia de trabajadores por cuenta ajena en la actividad a mi cargo.

Firma del declarante

_____, ____ de _____ de _____

De acuerdo con lo expuesto en el artículo 335.3 del Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, no estarán en situación legal de cese de actividad los socios trabajadores de las cooperativas de trabajo asociado que, tras cesar definitivamente en la prestación de trabajo, y por lo tanto, en la actividad desarrollada en la cooperativa, y haber percibido la prestación por cese de actividad, vuelvan a ingresar en la misma sociedad cooperativa en un plazo de un año, a contar desde el momento en que se extinguió la prestación. De encontrarse en este supuesto, deberán reintegrar la prestación percibida.

SOLICITUD DE PRESTACIÓN ECONÓMICA POR CESE DE ACTIVIDAD

Título V del Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre

Nombre:
Apellidos:
DNI / NIE:

10. DECLARACIÓN JURADA SOBRE EL MOTIVO DE CESE DE ACTIVIDAD:

F.- Trabajador autónomo que ejerce su actividad profesional conjuntamente con otros

Motivo alegado para el cese de actividad (<i>Señalar la causa que corresponda</i>)											
Causas Económicas, Técnicas, Organizativas o de Producción determinantes de la inviabilidad de continuar con el negocio o actividad:											
1.1 De existir establecimiento abierto al público, a cargo exclusivo del solicitante, se exige su cierre, consignar la fecha de cierre: ____ / ____ / ____											
1.2 Si es profesional colegiado, consignar la fecha de baja como ejerciente en el Colegio Profesional correspondiente: ____ / ____ / ____											
1.3 Detalle del motivo alegado: Pérdidas derivadas del ejercicio de su actividad en un año completo superiores al 10% de los ingresos obtenidos en el mismo periodo. El primer año de actividad no computará en ningún caso, a estos efectos. <i>Los datos a consignar en Ingresos y Gastos deberán coincidir con la documentación fiscal y contable que se aportará para su justificación</i>											
<table border="1"><thead><tr><th>Ejercicio Económico (especificar año)</th><th>INGRESOS</th><th>GASTOS</th><th>PÉRDIDAS</th></tr></thead><tbody><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></tbody></table> <i>Deberá consignarse los datos del ejercicio económico completo inmediatamente anterior al cese de actividad.</i>				Ejercicio Económico (especificar año)	INGRESOS	GASTOS	PÉRDIDAS				
Ejercicio Económico (especificar año)	INGRESOS	GASTOS	PÉRDIDAS								
Ejecuciones Administrativas o Judiciales tendentes al cobro de deudas reconocidas por los órganos ejecutivos que comportan, al menos, el 30% de los ingresos de la actividad de la persona trabajadoras autónoma correspondientes al ejercicio económico inmediatamente anterior.											
<table border="1"><thead><tr><th>INGRESOS</th><th>EJECUCIONES(*)</th></tr></thead><tbody><tr><td> </td><td> </td></tr></tbody></table> <i>* Se consignará el importe que conste en las resoluciones administrativas o judiciales que se aporten para justificar este motivo</i>				INGRESOS	EJECUCIONES(*)						
INGRESOS	EJECUCIONES(*)										
Declaración Judicial de Concurso que impida continuar con la actividad, en los términos de la Ley 22/2003, de 9 de julio, concursal. <i>Aportar documentación que justifique</i>											
Otras Causas Económicas, Técnicas, Organizativas o de Producción (Indicar las causas):											
Fuerza Mayor											
Detallar el hecho ocurrido y su incidencia en la inviabilidad de continuar de forma temporal o definitiva con el negocio. En el caso de ser temporal no procede la baja en el régimen especial de la Seguridad Social											
Indicar la fecha en la que se ha producido el motivo aducido: ____ / ____ / ____ <i>Debe tratarse de un acontecimiento de carácter extraordinario (incendios, terremotos, inundaciones, etc)</i>											
Pérdida licencia administrativa											
Indicar el motivo de la pérdida de la licencia											
Indicar la fecha de la pérdida: ____ / ____ / ____											
Violencia de género											
Indicar la fecha en la que se ha producido el motivo aducido: ____ / ____ / ____											
Divorcio o separación matrimonial											
¿Ejerce funciones de ayuda familiar del titular del negocio o actividad ?		Sí	No								
Indicar la fecha de divorcio o separación: ____ / ____ / ____											

De acuerdo con lo previsto en el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, formulo la presente declaración jurada sobre las causas que acreditan la situación legal de cese de actividad y certifico bajo mi responsabilidad que son ciertos los datos que se consignan en el presente documento, así como el resto de los que se acompañan. Asimismo, declaro haber cumplido con las obligaciones establecidas en la legislación laboral para el supuesto de existencia de trabajadores por cuenta ajena en la actividad a mi cargo.

Firma del declarante

_____, ____ de _____ de _____

De acuerdo con lo expuesto en el artículo 336.a) del Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, no se exigirá el cierre de establecimiento abierto al público en los casos que no cesen la totalidad de los profesionales de la entidad, salvo en aquellos casos en los que el establecimiento esté a cargo exclusivamente del profesional. No obstante, en este caso no podrá declararse la situación legal de cese de actividad cuando el trabajador autónomo, tras cesar en su actividad y percibir la prestación por cese de actividad, vuelva a ejercer la actividad profesional en la misma entidad en un plazo de un año, a contar desde el momento en que se extinguió la prestación. En caso de incumplimiento de esta cláusula, deberán reintegrar la prestación percibida.

SOLICITUD DE PRESTACIÓN ECONÓMICA POR CESE DE ACTIVIDAD

Título V del Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre

Nombre:
Apellidos:
DNI / NIE:

10. DECLARACIÓN JURADA SOBRE EL MOTIVO DE CESE DE ACTIVIDAD:

G.- Trabajador autónomo económicamente dependiente (TRADE) que ha cesado totalmente su actividad con el cliente principal y no desarrolla ninguna actividad con otro cliente.

Datos del Cliente Principal																			
Nombre de la Empresa o Razón Social							Nº CIF / NIF												
Actividad económica / Oficio / Profesión				Nombre del establecimiento o Denominación comercial															
Domicilio																			
Núm.	Bloq.	Esc.	Piso	Puerta	Código postal	Localidad	Provincia												
Teléfono fijo			Teléfono móvil			E-mail													
Motivo alegado para el cese de actividad (<i>Señalar la causa que corresponda</i>)																			
Finalización de la duración convenida en contrato o conclusión de la obra o servicio																			
Incumplimiento contractual grave del Cliente Principal				Recisión contractual adoptada por el Cliente Principal															
Muerte del Cliente Principal		Incapacidad Permanente del Cliente Principal			Jubilación del Cliente Principal														
Causas Económicas, Técnicas, Organizativas o de Producción determinantes de la inviabilidad de continuar con el negocio o actividad:																			
1.1 De existir establecimiento abierto al público, se exige su cierre, consignar la fecha de cierre: ____ / ____ / ____																			
1.2 Si es profesional colegiado, consignar la fecha de baja como ejerciente en el Colegio Profesional correspondiente: ____ / ____ / ____																			
1.3 Detalle del motivo alegado:																			
<p>Pérdidas derivadas del ejercicio de su actividad en un año completo superiores al 10% de los ingresos obtenidos en el mismo periodo. El primer año de actividad no computará en ningún caso, a estos efectos.</p> <p><i>Los datos a consignar en Ingresos y Gastos deberán coincidir con la documentación fiscal y contable que se aportará para su justificación</i></p> <table border="1"><thead><tr><th>Ejercicio Económico (especificar año)</th><th>INGRESOS</th><th>GASTOS</th><th>PÉRDIDAS</th></tr></thead><tbody><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></tbody></table> <p><i>Deberá consignarse los datos del ejercicio económico completo inmediatamente anterior al cese de actividad.</i></p> <p>Ejecuciones Administrativas o Judiciales tendentes al cobro de deudas reconocidas por los órganos ejecutivos que comportan, al menos, el 30% de los ingresos de la actividad de la persona trabajadoras autónoma correspondientes al ejercicio económico inmediatamente anterior.</p> <table border="1"><thead><tr><th>INGRESOS</th><th>EJECUCIONES(*)</th></tr></thead><tbody><tr><td> </td><td> </td></tr></tbody></table> <p><i>* Se consignará el importe que conste en las resoluciones administrativas o judiciales que se aporten para justificar este motivo</i></p> <p>Declaración Judicial de Concurso que impida continuar con la actividad, en los términos de la Ley 22/2003, de 9 de julio, concursal. <i>Aportar documentación que justifique</i></p> <p>Otras Causas Económicas, Técnicas, Organizativas o de Producción (Indicar las causas):</p>								Ejercicio Económico (especificar año)	INGRESOS	GASTOS	PÉRDIDAS					INGRESOS	EJECUCIONES(*)		
Ejercicio Económico (especificar año)	INGRESOS	GASTOS	PÉRDIDAS																
INGRESOS	EJECUCIONES(*)																		
Fuerza Mayor																			
Detallar el hecho ocurrido y su incidencia en la inviabilidad de continuar de forma temporal o definitiva con el negocio. En el caso de ser temporal no procede la baja en el régimen especial de la Seguridad Social																			
Indicar la fecha en la que se ha producido el motivo aducido: ____ / ____ / ____ <i>Debe tratarse de un acontecimiento de carácter extraordinario (incendios, terremotos, inundaciones, etc)</i>																			
Pérdida licencia administrativa																			
Indicar el motivo de la pérdida de la licencia																			
Indicar la fecha de la pérdida: ____ / ____ / ____																			
Violencia de género																			
Indicar la fecha en la que se ha producido el motivo aducido: ____ / ____ / ____																			
Divorcio o separación matrimonial																			
¿Ejerce funciones de ayuda familiar del titular del negocio o actividad ?						Sí	No												
Indicar la fecha de divorcio o separación: ____ / ____ / ____																			

SOLICITUD DE PRESTACIÓN ECONÓMICA POR CESE DE ACTIVIDAD

Título V del Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre

Nombre:

Apellidos:

DNI / NIE:

10. DECLARACIÓN JURADA SOBRE EL MOTIVO DE CESE DE ACTIVIDAD:

G.- Trabajador autónomo económicamente dependiente (TRADE) que ha cesado totalmente su actividad con el cliente principal y no desarrolla ninguna actividad con otro cliente.

De acuerdo con lo previsto en el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, formulo la presente declaración jurada sobre las causas que acreditan la situación legal de cese de actividad y certifico bajo mi responsabilidad que son ciertos los datos que se consignan en el presente documento, así como el resto de los que se acompañan. Asimismo, declaro haber cumplido con las obligaciones establecidas en la legislación laboral para el supuesto de existencia de trabajadores por cuenta ajena en la actividad a mi cargo.

Firma del declarante

_____, ____ de _____ de _____

De acuerdo con lo expuesto en el artículo 331.2 b) del Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, los trabajadores previstos en el artículo 333 que tras cesar su relación con el cliente y percibir la prestación por cese de actividad, vuelvan a contratar con el mismo cliente en el plazo de un año, a contar desde el momento en que se extinguió la prestación, deberán reintegrar la prestación recibida.

Nombre:
Apellidos:
DNI / NIE:

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento del Reglamento 2016/679 de la Unión Europea relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales, le informamos que:

Responsable del tratamiento	El responsable del tratamiento de sus datos es EGARSAT, MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL N.º 276 , con domicilio social en Avda. de Roquetas, 63 -65, 08174, Sant Cugat del Vallés, Barcelona.
Finalidad	Sus datos serán tratados con la finalidad de tramitar la solicitud de prestación económica por cese de actividad.
Base de Legitimación	EGARSAT solo procederá al tratamiento de datos personales porque existe, por lo menos, una de las siguientes bases de legitimación del tratamiento: El tratamiento es necesario para el cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos conferidos al responsable del tratamiento. En concreto, el tratamiento es necesario para el cumplimiento de obligaciones y el ejercicio de derechos específicos del responsable del tratamiento o del interesado en el ámbito del derecho laboral y de la seguridad y protección social, en la medida en que así lo autoriza la Ley General de la Seguridad Social, R.D.L 8/2015, de 30 de octubre.
Destinatarios	Sus datos podrán ser comunicados por obligación legal a administraciones públicas (por ejemplo: al Ministerio de Empleo y Seguridad Social, y Organismos y Entidades que integran la Seguridad Social), a entidades bancarias para proceder al cobro de los servicios o pago de prestaciones, y a empresas y profesionales de la salud colaboradores de EGARSAT, únicamente con el propósito de satisfacer las finalidades indicadas. Sus datos también pueden ser cedidos a otras mutuas en cumplimiento de la normativa de la Seguridad Social (Real Decreto 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social y el Real Decreto 1993/1995, de 7 de diciembre, de Colaboración de las Mutuas con la Seguridad Social). Es posible que, en alguna ocasión, para cumplir las finalidades indicadas, sea necesario realizar una transferencia internacional de sus datos más allá de los países del Espacio Económico Europeo.
Criterio de Conservación de los datos	Conservaremos sus datos personales de identificación y administrativos mientras le prestemos cualquier tipo de servicio -a usted o a su empresa- o nos lo preste usted y, por lo menos, durante 5 años después de que finalice la relación con la mutua, en cumplimiento del artículo 16 del Real Decreto 1993/1995, de 7 de diciembre por el que se aprueba el Reglamento de Colaboración de las Mutuas Colaboradoras de la Seguridad Social. Los datos de salud que podamos tratar de usted serán conservados en cumplimiento de los plazos de conservación legalmente establecidos en el artículo 17 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, salvo que una normativa autonómica prevea uno diferente mayor. Del mismo modo, procederemos a conservar toda aquella documentación que sea necesaria para poder atender cualquier proceso judicial o contingencia prevista, mientras se prevea su utilidad. Para aquellos supuestos en los que es necesario su consentimiento expreso, sus datos se conservarán hasta que solicite su supresión o revoque su consentimiento, salvo en el caso de candidatos que facilitan su currículum, en cuyo caso la información será destruida de forma segura en un plazo máximo de 6 meses
Derechos	Usted tiene derecho a revocar, en cualquier momento, cualquier consentimiento que nos haya otorgado y a acceder a la información que tenemos de usted, a rectificarla, a suprimirla, a oponerse a su tratamiento, a solicitar la limitación del tratamiento o a pedir la portabilidad de sus datos y a que no se tomen decisiones automatizadas en base a sus datos, incluida la realización de perfiles. Para ello, tan sólo precisa comunicarlo mediante escrito firmado, adjuntando una fotocopia de cualquier documento oficial válido que acredite su identidad (DNI, pasaporte...), dirigido a: EGARSAT, MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL N.º 276 - Avda. de Roquetas, 63 -65, 08174, Sant Cugat del Vallés, Barcelona Alternativamente, se puede dirigir a nuestro Delegado de Protección de Datos, que es la persona encargada de salvaguardar su privacidad en nuestra entidad. Puede hacerlo a través de dpo@egarsat.es o mediante carta postal a la atención del Sr. Delegado de Protección de Datos, remitida a la dirección indicada, incluyendo la referencia "DPD -Delegado de Protección de Datos". En caso de ejercicio de derechos por medio de representante, será necesario que la solicitud se acompañe de autorización expresa y copia del DNI, pasaporte o documento oficial equivalente del representante y del representado. También tiene derecho a presentar una reclamación ante una Autoridad de Control.
Información adicional	Si no nos facilita los datos solicitados o no presta los consentimientos solicitados, es posible que no se pueda satisfacer su pretensión.