



# Solicitud de Prestación por Cese de Actividad

- Cese definitivo       Cese temporal total       Cese temporal parcial  
 Alta inicial       Reanudación       Opción por nuevo derecho

Tipo de prestación  Tipo de colectivo  (A cumplimentar por el ISM)

Antes de rellenar cada apartado, lea atentamente las "Instrucciones para cumplimentar la solicitud" de la carpeta informativa.

## 1) Régimen de la Seguridad Social y Tipo de trabajador autónomo

### Régimen de Seguridad Social

- Autónomo (RETA)       Agrario (SETA)       Régimen Especial del Mar

### Tipo de trabajador Autónomo

- Económicamente dependiente       Socio trabajador de cooperativa       Ejerce su actividad profesional conjuntamente  
 Por condición de socio de Sociedades de capital

## 2) Datos personales del solicitante

Nombre  1º apellido  2º apellido   
 Nº DNI o NIE  Nº Seguridad Social  Fecha de nacimiento   
 Sexo  Nacionalidad   
**DOMICILIO**  
 Vía: Tipo  Nombre  Núm.  Bis/Por  Escal.  Piso  Letra   
 Municipio  Código Postal  Provincia   
 A efectos de comunicaciones (Solo si es distinto del indicado anteriormente)  
 Vía: Tipo  Nombre  Núm.  Bis/Por  Escal.  Piso  Letra   
 Municipio  Código Postal  Provincia   
 Apartado de correos   
**TELÉFONO Y CORREO ELECTRÓNICO**  
 Fijo  Móvil   
 Correo electrónico

## 3) Datos de la entidad financiera (banco o caja) para el abono de la prestación

Nombre de la entidad financiera

IBAN (Número Internacional de Cuenta Bancaria)

E S

Nombre y apellidos \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_

#### 4) 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).

DNI o NIE				
1er Apellido				
2º Apellido				
Nombre				
Fecha de nacimiento				
Grado de discapacidad igual o superior al 33%	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

#### 5) Datos de la actividad

Nombre de la empresa \_\_\_\_\_

Nº CIF \_\_\_\_\_ Establecimiento: SI  NO  Nombre \_\_\_\_\_

Actividad Económica \_\_\_\_\_

Temporalidad: Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_ Nº trabajadores por cuenta ajena \_\_\_\_\_

##### DOMICILIO

Nombre \_\_\_\_\_ Núm. Bis/Por Escal. Piso Letra \_\_\_\_\_

Municipio \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Vía: Tipo \_\_\_\_\_

##### PERÍODOS COTIZADOS COMO AUTÓNOMO EN EL EXTRANJERO PARA LA PRESTACIÓN DE CESE DE ACTIVIDAD

País donde ha trabajado \_\_\_\_\_ Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_

País donde ha trabajado \_\_\_\_\_ Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_

#### 6) Pluriactividad

Nombre de la empresa \_\_\_\_\_ Nº CIF \_\_\_\_\_

Régimen del trabajador \_\_\_\_\_ Función que desempeña \_\_\_\_\_

Actividad Económica \_\_\_\_\_

##### DOMICILIO

Vía: Tipo \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Núm. Bis/Por Escal. Piso Letra \_\_\_\_\_

Municipio \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Retribución mensual por trabajo por cuenta ajena de los cuatro meses anteriores al nacimiento del derecho:

Mes/año \_\_\_\_\_ Cuantía \_\_\_\_\_ €

Mes/año \_\_\_\_\_ Cuantía \_\_\_\_\_ €

Mes/año \_\_\_\_\_ Cuantía \_\_\_\_\_ €

Mes/año \_\_\_\_\_ Cuantía \_\_\_\_\_ €

Nombre y apellidos

DNI

## 7) Socio Trabajador de cooperativa de trabajo asociado

Nombre de la cooperativa

CCC

Nº CIF

Trabajadores dependientes:

SI

NO

Nº trabajadores por cuenta ajena

DOMICILIO

Vía: Tipo

Nombre

Núm.

Bis/Por

Escal.

Piso

Letra

Municipio

Código Postal

Provincia

## 8) Cese de actividad

Cumplimentar este apartado tanto si se solicita un alta inicial de la prestación como una reanudación de la prestación por cese de actividad en un trabajo por cuenta propia

Cese de la actividad: Definitivo  Temporal Total (Fuerza Mayor o Violencia de género)  Temporal parcial (Fuerza Mayor o Art.331.1. a) 4º o 5º)

TRABAJADOR AUTÓNOMO

Motivo cese: Código \_\_\_\_\_ Causa \_\_\_\_\_ Fecha cese \_\_\_\_\_

TRABAJADOR AUTÓNOMO ECONÓMICAMENTE DEPENDIENTE

Motivo cese: Código \_\_\_\_\_ Causa \_\_\_\_\_ Fecha cese \_\_\_\_\_

SOCIOS TRABAJADORES DE COOPERATIVAS DE TRABAJO ASOCIADO

Motivo cese: Código \_\_\_\_\_ Causa \_\_\_\_\_ Fecha cese \_\_\_\_\_

TRABAJADORES AUTÓNOMOS QUE EJERCEN SU ACTIVIDAD PROFESIONAL CONJUNTAMENTE

Motivo cese: Código \_\_\_\_\_ Causa \_\_\_\_\_ Fecha cese \_\_\_\_\_

TRABAJADORES AUTÓNOMOS POR SU CONDICIÓN DE SOCIO DE SOCIEDADES DE CAPITAL

Motivo cese: Código \_\_\_\_\_ Causa \_\_\_\_\_ Fecha cese \_\_\_\_\_

## 9) Observaciones

- **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) 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, salvo cuando el cese venga determinado por el epígrafe 4º y 5º del art. 331.1. a) del TRLGSS, o por cese temporal debido a fuerza mayor.
- **DECLARO** bajo mi responsabilidad que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud y manifiesto que quedo enterado de la obligación de comunicar al Instituto Social de la Marina cualquier variación que pudiera producirse en lo sucesivo.
- **AUTORIZO** la verificación y cotejo de los datos económicos declarados con los de carácter tributario obrantes en la Agencia Estatal de Administración Tributaria, en los términos establecidos en la Orden Ministerial de 18 de noviembre de 1999, de los datos de identidad y residencia obrantes en los sistemas regulados en las Órdenes PRE/3949/2006, de 26 de diciembre y PRE/4008/2006, de 27 de diciembre, así como de cualquier otro dato de carácter personal o económico, que sea necesario para el reconocimiento o el mantenimiento de la percepción de la prestación por cese de actividad, a obtener de las bases de datos de cualquier otro Organismo o Administración Pública.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

(Firma del solicitante)

### Diligencia de documentación presentada en el trámite de la solicitud (A cumplimentar por el ISM)

DOCUMENTOS	COTEJADO	RECIBIDO	REQUERIDO
DNI, pasaporte, Tarjeta de identidad de Extranjero (TIE), documento identificativo en su país de origen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Documento que contenga el Número de Identidad de Extranjero (NIE). _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DNI, pasaporte, Tarjeta de Identidad de Extranjero (TIE), documento identificativo en su país de origen del cónyuge, otro progenitor y/o los hijos. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Libro de Familia o documento equivalente, en caso de extranjeros. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Declaración de emergencia adoptada por autoridad competente _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comunicación a la autoridad laboral decisión de adoptar la medida de suspensión de contratos _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Documentos justificativos de rendimientos netos mensuales _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acuerdos de refinanciación de la deuda con los acreedores reflejados en escritura pública _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Datos justificativos de ingresos ordinarios o ventas _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Observaciones

Se expide la presente diligencia de verificación de los datos reflejados en este impreso y los que aparecen en los documentos aportados.

En el caso de que se le requiera la aportación de documentación dispone, según lo establecido en el art. 11.4 del R.D. 1541/2011, de 31 de octubre, de un plazo de 10 días hábiles para su presentación, transcurrido el cual se archivará la solicitud, previa resolución, sin perjuicio de que pueda instar una nueva si su derecho no hubiera prescrito.

Firma del solicitante (en caso de requerimiento de documentación)

Fecha de presentación de la solicitud y firma del receptor

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Sello de la Unidad

Fdo.: \_\_\_\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_

De acuerdo con lo previsto en el art. 11.5 del R.D. 1541/2011, de 31 de octubre, la entidad gestora deberá dictar resolución en el plazo de los 30 días hábiles siguientes a la fecha en que se hubiera formulado la solicitud de la prestación y notificarla debidamente.

Una vez transcurridos tres meses desde la presentación de la solicitud de la prestación, si aún no hubiera sido notificada la resolución, el interesado podrá interponer reclamación previa según lo dispuesto en el art. 71 de la Ley 36/2011, de 10 de octubre, reguladora de la Jurisdicción Social, al entenderse desestimada la solicitud por silencio administrativo

**PROTECCIÓN DE DATOS.** - De conformidad con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales y el Reglamento General de Protección de Datos, de 27 de abril de 2016, sus datos personales pasarán a formar parte de un tratamiento realizado:

**Por el Servicio Público de Empleo Estatal.** La finalidad del tratamiento es la realización de las funciones derivadas de la solicitud, y en su caso, la cesión a órganos u organismos de las Administraciones Públicas en los términos legalmente establecidos. Tiene derecho al acceso, rectificación, oposición o supresión de sus datos, que podrá ejercer ante el responsable del tratamiento, el Servicio Público de Empleo Estatal (SEPE), con domicilio en Calle Condesa de Venadito nº 9 28027 – Madrid.

**Por el Instituto Social de la Marina.** La finalidad del tratamiento es el seguimiento de las solicitudes y la obtención y remisión de datos estadísticos anonimizados derivados de estas, así como el desarrollo de otras funciones propias de la Administración de la Seguridad Social en los términos previstos en el artículo 77 del Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. Tiene derecho al acceso, rectificación, supresión y limitación del tratamiento de sus datos, que podrá ejercer ante el responsable del tratamiento, que es la Subdirección General de la Seguridad Social del Instituto Social de la Marina, o ante la correspondiente Dirección Provincial a través del servicio previsto en el apartado de protección de datos de la sede electrónica de la seguridad social utilizando el certificado electrónico o Cl@ve permanente, o si no se cuenta con la identificación electrónica correspondiente, cumplimentando el formulario incorporado en la sede y presentándolo en la red de oficinas en materia de registro.