



Solicitud de Prestación por Cese de Actividad

Alta inicial Reanudación Opción por nuevo derecho

Tipo de prestación Tipo de colectivo Fecha de grabación del derecho (A cumplimentar por el SEPE)

1. Régimen de la Seguridad Social y tipo de persona trabajadora autónoma

Régimen de Seguridad Social

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

Tipo de persona trabajadora autónoma

Económicamente dependiente Socio/a trabajador/a de cooperativa Ejerce su actividad profesional conjuntamente

2. Datos personales

Nombre _____ 1º apellido _____ 2º apellido _____
 N° DNI o NIE _____ N° Seguridad Social _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo _____
 Nacionalidad _____ País de retorno _____
 País donde ha trabajado _____ Desde _____ Hasta _____

DOMICILIO

Vía: Tipo _____ Nombre _____ Núm. _____ Bis/Por _____ Escal. _____ Piso _____ Letra _____
 Municipio _____ Código Postal _____ Provincia _____

A efectos de comunicaciones/notificaciones (Solo si es distinto del indicado anteriormente)

Vía: Tipo _____ Nombre _____ Núm. _____ Bis/Por _____ Escal. _____ Piso _____ Letra _____
 Municipio _____ Código Postal _____ Provincia _____

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** _____

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

4. Datos de los hijos/hijas que conviven o están a cargo de la persona solicitante

(Incluir únicamente los/las hijos/as 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).

DATOS	HIJO/A 01	HIJO/A 02	HIJO/A 03	HIJO/A 04
DNI o NIE				
1º Apellido				
2º Apellido				
Nombre				
Fecha de nacimiento				
Grado de discapacidad igual o superior al 33%	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Nombre y apellidos

DNI o NIE

5. Datos de la actividad

Nombre de la empresa: _____

Nº CIF: _____ Establecimiento: Sí No

Nombre de la persona solicitante: _____

Actividad Económica: _____

TEMPORALIDAD

Desde _____ Hasta _____ Nº trabajadores/as por cuenta ajena: _____

DOMICILIO

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

Municipio _____ Código Postal _____ Provincia _____

PERÍODOS COTIZADOS COMO AUTÓNOMO/A 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 de la persona trabajadora: _____

Función que desempeña: _____ Actividad Económica: _____

DOMICILIO

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

Municipio _____ Código Postal _____ Provincia _____

7. Persona socia trabajadora de cooperativa de trabajo asociado

Nombre de la cooperativa: _____

CCC: _____ Nº CIF: _____

Nº de trabajadores dependientes: _____ Nº de 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

(Fuerza Mayor o Violencia de género)

PERSONA TRABAJADORA AUTÓNOMA

Motivo cese: Código _____ Causa _____ Fecha Cese _____

PERSONA TRABAJADORA AUTÓNOMA ECONÓMICAMENTE DEPENDIENTE

Motivo cese: Código _____ Causa _____ Fecha Cese _____

PERSONAS SOCIAS TRABAJADORAS DE COOPERATIVAS DE TRABAJO ASOCIADO

Motivo cese: Código _____ Causa _____ Fecha Cese _____

PERSONAS TRABAJADORAS AUTÓNOMAS QUE EJERCEN SU ACTIVIDAD PROFESIONAL CONJUNTAMENTE

Motivo cese: Código _____ Causa _____ Fecha Cese _____

Nombre y apellidos

DNI o NIE

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) 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 al Servicio Público de Empleo Estatal 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__ Fdo.: _____

Diligencia de documentación presentada en el trámite de la solicitud

(A cumplimentar por el SEPE)

DOCUMENTOS	COTEJADO	RECIBIDO	REQUERIDO
DNI, pasaporte, Tarjeta de Identidad de Extranjero/a (TIE), documento identificativo en su país de origen. _____	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Documento que contenga el Número de Identidad de Extranjero/a (NIE). _____	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DNI, pasaporte, TIE, documento identificativo en su país de origen del cónyuge, otro/a progenitor/a y/o los hijos/as. _____	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Libro de Familia o documento equivalente, en caso de extranjeros/as. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otra documentación:			
_____	<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"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observaciones

(A cumplimentar por el SEPE)

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.

PROTECCIÓN DE DATOS. - Esta solicitud recoge datos de carácter personal que, con su consentimiento, pasarán a formar parte de un tratamiento realizado por el Servicio Público de Empleo Estatal conforme al Reglamento General de Protección de Datos (UE) 2016/679, de 27 de abril de 2016. 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.

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

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

_____ a _____ de _____ de 20__ _____ a _____ de _____ de 20__

Fdo.: _____ Sello de la Unidad 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 cursar la notificación en el plazo de 10 días a partir de la fecha de su dictado, de conformidad con lo previsto en el art. 40.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

Una vez transcurridos tres meses desde la presentación de la solicitud de la prestación, si aún no hubiera sido notificada la resolución, la persona interesada podrá interponer reclamación previa según lo dispuesto en el art. 71.2 de la Ley 36/2011, de 10 de octubre, al entenderse desestimada la solicitud por silencio administrativo.

Para obtener información sobre el estado de tramitación del procedimiento podrá dirigirse a <https://sede.sepe.gob.es> o a los teléfonos [de atención a la ciudadanía](#).