

SOLICITUD DE PRESTACIÓN ECONÓMICA POR CESE DE ACTIVIDAD PARA AFECTADOS POR LA DANA

1. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre	
Teléfono		Correo electrónico		DNI/NIF	
Núm. Afiliación Seguridad Social		Fecha de nacimiento		Domicilio (calle o plaza)	
Núm.	Bloq.	Esc.	Piso	Puerta	Código Postal
					Localidad
					Provincia

2. DATOS DE LA ASESORÍA (Si tramita en representación de la persona trabajadora autónoma)

Nombre de la asesoría		CIF de la asesoría	
Persona de contacto		Teléfono	
		Correo electrónico	

3. SITUACIÓN DE LA PERSONA TRABAJADORA AUTÓNOMA

Régimen Seguridad Social		Actividad económica (CNAE)	
<input type="checkbox"/> Autónomo (RETA) <input type="checkbox"/> Régimen especial del mar <input type="checkbox"/> Agrario (SETA)			
¿Es TRADE o TRADE no reconocido?		i TRADE es la persona trabajadora autónoma con un cliente principal, del que provienen al menos el 75% de sus ingresos. El contrato con este cliente está registrado en el SEPE. TRADE no reconocido es la persona trabajadora autónoma que cumple con los requisitos del TRADE pero el contrato con su cliente principal no está registrado en el SEPE.	
<input type="checkbox"/> TRADE <input type="checkbox"/> TRADE no reconocido <input type="checkbox"/> No			
¿Se ha dado de baja en el RETA?	¿Se encuentra al corriente del pago de las cuotas del RETA?	¿Tiene aplazadas cuotas por la TGSS?	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Requerido para el cese definitivo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Fecha de aplazamiento/...../.....	
Seleccione su tipo de tributación			
<input type="checkbox"/> Estimación directa <input type="checkbox"/> Otras sociedades no mercantiles (O.E) <input type="checkbox"/> Estimación objetiva / módulos <input type="checkbox"/> Trabajador autónomo ejerciera funciones de ayuda (colaborador familiar). <input type="checkbox"/> Comunidad de bienes (C.B) <input type="checkbox"/> Sociedad mercantil (S.L., S.A.) <input type="checkbox"/> Sociedad civil (S.C.P.)			
¿Tiene la edad de jubilación y carencia suficiente para jubilarse?		¿Desempeña otra actividad por cuenta propia NO afectada por la DANA?	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
¿Se encontraba de alta en el Régimen General en la fecha en la que le afectó la DANA?			
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, indique los ingresos brutos totales por cuenta ajena de los últimos cuatro meses € € € €			
¿Percibe otras prestaciones de la Seguridad Social?			
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, indique cuál			
¿Percibe ayudas por paralización de flota?			
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			

4. DATOS DE LA ACTIVIDAD

Nombre de la sociedad o de la persona trabajadora autónoma titular		CIF de la sociedad o NIF de la persona titular	
Actividad económica, oficio o profesión			
¿Tiene trabajadores por cuenta ajena a su cargo?		¿Está al corriente de las obligaciones laborales y pagos a la S.S. respecto a estos trabajadores?	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
La actividad se ha desarrollado en un local abierto al público		Indique el nombre del establecimiento	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			

Dirección fiscal de la actividad						
<input type="checkbox"/> Es la misma que la indicada en los datos personales* <i>*Si es diferente que la indicada en los datos personales, añade la dirección en el siguiente bloque.</i>						
Tipo y nombre de la vía				Tipo de número		Nº de casa
Escalera	Planta	Puerta	Bloque	Código postal		Provincia

5. MOTIVOS Y CAUSAS DEL CESE

Motivo del cese de la actividad		
<p>i El cese PARCIAL TEMPORAL permite seguir realizando las actividades propias del autónomo siempre que cumpla estas condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una caída de ingresos superior al 75% de su facturación. • Ingresos no superiores al inferior de estos dos importes: el Salario Mínimo Interprofesional o el importe de la base de cotización. • En caso de tener varias actividades, que el cese parcial temporal afecte a todas ellas. <p>No requiere haberse dado de baja en el Régimen Especial de Trabajadores Autónomos.</p> <p>En el cese TOTAL TEMPORAL la DANA no permite reanudar la actividad del autónomo durante un determinado periodo de tiempo. No requiere haberse dado de baja en el Régimen Especial de Trabajadores Autónomos.</p> <p>Si el cese es DEFINITIVO la DANA no permite reanudar la actividad del autónomo más adelante. Requiere haberse dado de baja en el Régimen Especial de Trabajadores Autónomos.</p>		
<input type="checkbox"/> Cese temporal por fuerza mayor (DANA) <input type="checkbox"/> Cese temporal parcial por fuerza mayor (DANA) <input type="checkbox"/> Cese definitivo por fuerza mayor (DANA)		
¿Dónde realizaba su actividad profesional cuando aconteció la DANA?		
Localidad		Código Postal
Dirección		Barrio
¿En qué fecha le afectó la DANA?/...../.....	

6. DATOS BANCARIOS

DATOS BANCARIOS (el solicitante declara ser titular de la cuenta) - Código IBAN															

7. DOCUMENTACIÓN

¿Dispone de DNI, NIE o pasaporte para acreditar su identidad?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <p>Si no dispone de un documento que acredite su identidad, debe aceptar esta declaración responsable: ME COMPROMETO, bajo mi responsabilidad, a aportar un documento que acredite mi identidad: DNI, NIE o pasaporte.</p> <p>HE SIDO INFORMADO por Umivale Activa, mutua colaboradora con la Seguridad Social, nº 3 de que, en el caso de reconocimiento de la prestación, no se realizará el abono de la misma hasta que esta documentación haya sido aportada por el beneficiario o su representante, y validada por la mutua.</p> <input type="checkbox"/> Sí acepto <input type="checkbox"/> No acepto
¿Dispone de un documento que acredite la titularidad de la cuenta bancaria?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <p>Si no dispone de un documento que acredite la titularidad de la cuenta bancaria, debe aceptar esta declaración responsable: ME COMPROMETO, bajo mi responsabilidad, a aportar un documento que acredite la titularidad de la cuenta bancaria indicada en esta solicitud.</p> <p>HE SIDO INFORMADO por Umivale Activa, mutua colaboradora con la Seguridad Social, nº 3 de que, en el caso de reconocimiento de la prestación, no se realizará el abono de la misma hasta que esta documentación haya sido aportada por el beneficiario o su representante, y validada por la mutua.</p> <input type="checkbox"/> Sí acepto <input type="checkbox"/> No acepto

8. CONSENTIMIENTOS Y AUTORIZACIONES

ACEPTO EXPRESAMENTE recibir las comunicaciones y/o notificaciones emitidas por **umivale Activa** por medios electrónicos en base al art. 41 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, sin perjuicio de poder revocar mi autorización en cualquier momento mediante escrito dirigido a **umivale Activa**. (INDICAR UNA DE LAS DOS OPCIONES)

SI AUTORIZO

NO AUTORIZO

AUTORIZO EXPRESAMENTE a mi asesoría / gestor (datos indicados en el punto 2 de este formulario) para presentar / solicitar / tramitar o tratar cualquier dato correspondiente al expediente de la prestación por cese de la actividad. (INDICAR UNA DE LAS DOS OPCIONES)

SI AUTORIZO

NO AUTORIZO

CONSIENTO QUE **umivale Activa**, mutua colaboradora con la Seguridad Social, nº 3 consulte y recabe datos o documentos que se encuentren en poder de cualquier administración, cuyo acceso no está previamente amparado por la ley y que sean necesarios para resolver su solicitud y gestionar, en su caso, la prestación reconocida.

SI CONSIENTO

NO CONSIENTO

9. DECLARACIONES RESPONSABLES

DECLARO, declaro bajo mi responsabilidad que son ciertos los datos que se consignan en la presente solicitud; que soy titular del número de identidad que se indica en la presente solicitud y de la cuenta bancaria que se indica en I, que cumplo los requisitos para el acceso al derecho a la prestación de cese de actividad; que pondré a disposición de Umivale Activa, mutua colaboradora con la Seguridad Social, nº 3, cuando me sea requerida la documentación que permita comprobar la veracidad de los datos y hechos consignados en esta solicitud; y que me comprometo a comunicarle cualquier hecho que supusiera dejar de cumplir dichos requisitos, así como a reintegrar las cantidades indebidamente percibidas, en caso de incumplimiento de cualquiera de dichos compromisos.

DECLARO, bajo mis responsabilidades, cumplir con todos los requisitos, que se relacionan a continuación, para acceder a la prestación de cese de actividad regulada en los artículos 330 y siguientes de la Ley General de la Seguridad Social (LGSS), siendo el motivo legal del cese de actividad la fuerza mayor derivada de los daños causados por la Depresión Aislada de Niveles Altos (DANA) en diferentes municipios, entre el 28 de octubre y el 4 de noviembre, conforme a lo dispuesto en el artículo 24 del Real Decreto-ley 6/2024, de 5 de noviembre.

- Que en caso de haber cesado definitivamente o de modo temporal total la actividad, que he cesado totalmente mi actividad como consecuencia directa e inmediata de los siniestros producidos por los daños causados por la Depresión Aislada en Niveles Alto (DANA) entre el 28 de octubre y el de 4 de noviembre, en alguna de las localidades del anexo del Real Decreto-ley 6/2024, de 5 de noviembre.
- Que he cesado parcialmente mi actividad como consecuencia directa e inmediata de los siniestros producidos por los daños causados por la Depresión Aislada en Niveles Alto (DANA) entre el 28 de octubre y el de 4 de noviembre, en alguna de las localidades del anexo del Real Decreto-ley 6/2024, de 5 de noviembre.
- Que a la fecha del hecho causante realizaba mi actividad profesional en alguna de las localidades del anexo del Real Decreto-ley 6/2024, de 5 de noviembre.
- Que me encontraba afiliado y de alta en el Régimen Especial de Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos o en el Régimen Especial de los Trabajadores del Mar, a fecha 28/10/2024, o en su caso, a la fecha del hecho causante.
- Que me encuentro al corriente en el pago de las cuotas a la Seguridad Social o cuento con una resolución de la TGSS sobre aplazamiento de cuotas adeudadas previa a la fecha de la resolución de cese de la actividad
- Que cuento con la cobertura de la protección por cese de actividad.
- Que en el supuesto en el que cese de actividad sea definitivo, no he cumplido con la edad ordinaria para causar derecho a la pensión contributiva de jubilación, o no tengo acreditado el periodo de cotización requerido para ello.
- Que en el supuesto de que el cese de actividad sea definitivo, me he dado de baja en el Régimen Especial de Trabajadores Autónomos.
- En el caso de tener trabajadores a mi cargo, cumplo con las garantías, obligaciones y procedimientos regulados en la legislación laboral.
- Que no estoy desempeñando ninguna otra actividad por cuenta propia, diferente a la actividad en la que cesado la totalmente la actividad como consecuencia de la DANA y que motiva la solicitud de esta prestación.
Y, en caso de desempeñar varias actividades por cuenta propia, que he cesado todas las actividades de forma total o parcialmente como consecuencia de la DANA.
- Que no percibo, ni tengo derecho, a ninguna prestación ni pensión de Seguridad Social que sea incompatible con el desempeño de mi actividad por cuenta propia (Ej: incapacidad temporal, maternidad, paternidad, riesgo durante el embarazo o lactancia,...).
- En caso de ser trabajador por cuenta propia del Régimen Especial del Mar, que no percibo ayudas por paralización de la flota.
- Que en el supuesto en que me encuentre en situación de pluriactividad, la suma de la retribución mensual media de los últimos cuatro meses inmediatamente anteriores al nacimiento del derecho y la prestación por cese de actividad, resulta una cantidad media mensual inferior al importe del salario mínimo interprofesional vigente en el momento del nacimiento del derecho.
- Que en caso de no reunir los requisitos necesarios para acceder a esta prestación por cese definitivo, SUBSIDIARIAMENTE deseo a que se me tenga por solicitada la prestación por cese temporal, y viceversa.

ME COMPROMETO, bajo mi responsabilidad, a cumplir las siguientes obligaciones, cuya infracción podría dar lugar al reintegro de la prestación indebidamente percibida:

- A comunicar a Umivale Activa, mutua colaboradora con la Seguridad Social, nº 3 al órgano gestor cualquier incumplimiento de los requisitos de acceso o mantenimiento de la prestación legalmente establecidos durante la percepción de la misma, así como a reintegrar las cantidades indebidamente percibidas, en caso de incumplir cualquiera de los citados compromisos o requisitos.
- En el supuesto que el cese de la actividad sea temporal, a mantener el alta en el Régimen Especial correspondiente durante el tiempo de percibo de la prestación.

- En el supuesto que el cese de la actividad sea temporal parcial, a reintegrar las cantidades indebidamente percibidas para el caso de que no acredite una caída de ingresos del 75 por ciento de la actividad de la empresa con relación al mismo periodo del año anterior y los ingresos mensuales del trabajador autónomo no alcancen el salario mínimo interprofesional o el importe de la base por la que viniera cotizando si esta fuera inferior.
- A comunicar a Umivale Activa, mutua colaboradora con la Seguridad Social, nº 3, el acceso al derecho a cualquier otra prestación de la Seguridad Social durante la percepción de la prestación ahora solicitada, y que fuese incompatible con el percibo o mantenimiento de esta prestación.
- En el caso de que el cese de actividad sea parcial temporal, a comunicar a la Mutua mis ingresos mensuales brutos durante el periodo de percibo de la prestación.
- A comunicar al órgano gestor el inicio de cualquier actividad por cuenta propia o ajena (a excepción de los trabajos agrarios con finalidad comercial).
- A poner a disposición de Umivale Activa, mutua colaboradora con la Seguridad Social, nº 3, la documentación que se me requiera para comprobar la veracidad de los datos y hechos consignados en esta solicitud.

HE SIDO INFORMADO por Umivale Activa, mutua colaboradora con la Seguridad Social, nº 3 de que el reconocimiento de esta prestación tiene carácter provisional y será revisado posteriormente. Si tras la revisión de la prestación no se acreditaran todos los requisitos para el reconocimiento o mantenimiento completo de la prestación, se me reclamarán las cuantías que se determinen como indebidamente abonadas.

MANIFIESTO Y OTORGO, mi consentimiento expreso a Umivale Activa, mutua colaboradora con la Seguridad Social, nº 3 para que, los Organismos y/o Administraciones Públicas que correspondan, le faciliten el acceso a la información relativa a mis datos profesionales, de identificación personal y residencia; 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 la prestación de cese de actividad regulada en el artículo 24 del Real Decreto-ley 6/2024, de 5 de noviembre.

Así mismo, doy mi consentimiento expreso a Umivale Activa, mutua colaboradora con la Seguridad Social, nº 3 para que realice de forma telemática al correo electrónico facilitado, todas las comunicaciones relacionadas, tanto en la gestión de la prestación, como en la posterior revisión de la misma, quedando el solicitante obligado a comunicar a la mutua cualquier modificación de dicho correo electrónico.

CONFIRMO los consentimientos anteriores, para que se pueda dar trámite a la prestación solicitada

SOLICITO, mediante la presentación de esta solicitud que se me reconozca la prestación de cese de actividad y se abone en la cuenta bancaria cuyos datos he indicado. Suscribo para ello esta DECLARACIÓN RESPONSABLE.

SI ACEPTO

NO ACEPTO

En _____, a _____ de _____ de _____.

Firma del solicitante

Información sobre protección de datos personales

Responsable: **umivale Activa** Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 3. **Contacto del Delegado de Protección de Datos:** dpd@umivaleactiva.es. **Finalidad:** Facilitar la gestión administrativa, asistencial y económica de las prestaciones que le son propias en el ámbito de la Seguridad Social. **Legitimación:** Este tratamiento se realiza en el marco del cumplimiento de las obligaciones legales aplicables a **umivale Activa** en su condición de Mutua Colaboradora con la Seguridad Social. **Destinatarios:** Seguridad Social y Organismos dependientes (INSS, ISM, TGSS, DGOSS). Juzgados y Tribunales, en caso de que exista obligación legal para ello. Entidades bancarias, cajas de ahorros y cajas rurales. Terceros proveedores de servicios que tienen acceso a los datos personales. **Derechos:** Podrá acceder, rectificar, suprimir, oponerse a determinados tratamientos, así como ejercer su derecho a la limitación del tratamiento, a la portabilidad y a no ser objeto de una decisión basada únicamente en tratamiento automatizado de sus datos. **Forma de ejercer sus derechos:** Por **escrito**, mediante solicitud dirigida a **umivale Activa**, Avda. Reial Monestir de Poblet nº 20, CP: 46930, Quart de Poblet (Valencia); **Presencialmente**, en cualquiera de nuestros centros o remitiendo un **correo electrónico** a la siguiente dirección: dpd@umivaleactiva.es. **Información adicional:** En el siguiente enlace: <https://umivaleactiva.es/protecciondatos>.

DOCUMENTACIÓN A APORTAR

- Solicitud de la prestación de cese de actividad debidamente cumplimentada y firmada.
- Fotocopia del DNI, NIE, NIF o pasaporte (a ambas caras) y en vigor (si el solicitante dispone del mismo).
- Modelo 145 del IRPF de retenciones sobre rendimientos del trabajo debidamente cumplimentado, fechado y firmado.
- Documento que acredite la titularidad de la cuenta bancaria (si el solicitante dispone del mismo).

DOCUMENTOS QUE DEBERÁN ESTAR A DISPOSICIÓN DEL ÓRGANO GESTOR DE LA PRESTACIÓN

1. Libro de familia o documento equivalente en caso de extranjeros, si existen hijos a su cargo.
2. Certificado de TGSS de estar al corriente de pago.
3. Documentación acreditativa de la imposibilidad para desarrollar la actividad por la que se solicita la prestación.
4. Copia del modelo 303 de autoliquidación del Impuesto sobre el Valor Añadido (IVA), correspondiente a las declaraciones del cuarto trimestre del año 2023, primer y cuarto trimestre del año 2024, y primer trimestre del año 2025.
5. Copia del modelo 130 correspondiente a la autoliquidación en pago fraccionado del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF) del año.
6. Si existe aplazamiento de cuotas pendientes de pago a la TGSS: resolución de la Tesorería General de la Seguridad Social, o solicitud, del aplazamiento de las cuotas pendientes de pago, y justificantes mensuales del pago y cumplimiento de los plazos establecidos en la misma.

Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas Retenciones sobre rendimientos del trabajo

Comunicación de datos al pagador (artículo 88 del Reglamento del IRPF)

Modelo
145

Si prefiere no comunicar a la empresa o entidad pagadora alguno de los datos a que se refiere este modelo, la retención que se le practique podría resultar superior a la procedente. En tal caso, podrá recuperar la diferencia, si procede, al presentar su declaración del IRPF correspondiente al ejercicio de que se trate.

Atención: la inclusión de datos falsos, incompletos o inexactos en esta comunicación, así como la falta de comunicación de variaciones en los mismos que, de haber sido conocidas por el pagador, hubieran determinado una retención superior, constituye infracción tributaria sancionable con multa del 35 al 150 por 100 de las cantidades que se hubieran dejado de retener por esta causa. (Artículo 205 de la Ley 58/2003, de 17 de diciembre, General Tributaria).

1. Datos del perceptor que efectúa la comunicación

NIF Apellidos y Nombre Año de nacimiento

Situación familiar:

- Soltero/a, viudo/a, divorciado/a o separado/a legalmente con hijos solteros menores de 18 años o incapacitados judicialmente y sometidos a patria potestad prorrogada o rehabilitada que conviven exclusivamente con Vd., sin convivir también con el otro progenitor, siempre que proceda consignar al menos un hijo o descendiente en el apartado 2 de este documento 1
- Casado/a y no separado/a legalmente cuyo cónyuge no obtiene rentas superiores a 1.500 euros anuales, excluidas las exentas 2

NIF del cónyuge (si ha marcado la casilla 2, deberá consignar en esta casilla el NIF de su cónyuge)

- Situación familiar distinta de las dos anteriores (solteros sin hijos, casados cuyo cónyuge obtiene rentas superiores a 1.500 euros anuales, ..., etc.) 3

Discapacidad (grado de discapacidad reconocido) Igual o superior al 33% e inferior al 65% Igual o superior al 65% Además, tengo acreditada la necesidad de ayuda de terceras personas o movilidad reducida

Movilidad geográfica: Si anteriormente estaba Vd. en situación de desempleo e inscrito en la oficina de empleo y la aceptación del puesto de trabajo actual ha exigido el traslado de su residencia habitual a un nuevo municipio, indique la fecha de dicho traslado

Obtención de rendimientos con período de generación superior a 2 años durante los 5 periodos impositivos anteriores:
 Marque esta casilla si, en el plazo comprendido en los 5 periodos impositivos anteriores al ejercicio al que corresponde la presente comunicación, ha percibido rendimientos del trabajo con período de generación superior a 2 años, a los que, a efectos del cálculo del tipo de retención le haya sido aplicada la reducción por irregularidad contemplada en el artículo 18.2 de la Ley del Impuesto y, sin embargo, posteriormente usted no haya aplicado la citada reducción en su correspondiente autoliquidación del Impuesto sobre la Renta

2. Hijos y otros descendientes menores de 25 años, o mayores de dicha edad si son discapacitados, que conviven con el perceptor

Datos de los hijos o descendientes menores de 25 años (o mayores de dicha edad si son discapacitados) que conviven con Vd. y que no tienen rentas anuales superiores a 8.000 euros.

Hijos o descendientes con discapacidad (grado de discapacidad reconocido)			Cómputo por entero de hijos o descendientes		
Si alguno de los hijos o descendientes tiene reconocido un grado de discapacidad igual o superior al 33 por 100, marque con una "X" la/s casilla/s que corresponda/n a su situación.					
Año de nacimiento	Año de adopción o acogimiento (1)	Grado igual o superior al 33% e inferior al 65%	Grado igual o superior al 65%	Además, tiene acreditada la necesidad de ayuda de terceras personas o movilidad reducida	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Atención: Si tiene más de cuatro hijos o descendientes, adjunte otro ejemplar con los datos del quinto y sucesivos.

(1) Solamente en el caso de hijos adoptados o de menores acogidos. Tratándose de hijos adoptados que previamente hubieran estado acogidos, indique únicamente el año del acogimiento.

3. Ascendientes mayores de 65 años, o menores de dicha edad si son discapacitados, que conviven con el perceptor

Datos de los ascendientes mayores de 65 años (o menores de dicha edad si son discapacitados) que conviven con Vd. durante, al menos, la mitad del año y que no tienen rentas anuales superiores a 8.000 euros.

Ascendientes con discapacidad (grado de discapacidad reconocido)			Convivencia con otros descendientes		
Si alguno de los ascendientes tiene reconocido un grado de discapacidad igual o superior al 33 por 100, marque con una "X" la/s casilla/s que corresponda/n a su situación.					
Año de nacimiento	Grado igual o superior al 33% e inferior al 65%		Grado igual o superior al 65%	Además, tiene acreditada la necesidad de ayuda de terceras personas o movilidad reducida	
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si alguno de los ascendientes convive también, al menos durante la mitad del año, con otros descendientes del mismo grado que Vd., indique en esta casilla el número total de descendientes con los que convive, incluido Vd. (Si los ascendientes sólo conviven con Vd., no rellene esta casilla).

4. Pensiones compensatorias en favor del cónyuge y anualidades por alimentos en favor de los hijos, fijadas ambas por decisión judicial

Pensión compensatoria en favor del cónyuge. Importe anual que está Vd. obligado a satisfacer por resolución judicial

Anualidades por alimentos en favor de los hijos. Importe anual que está Vd. obligado a satisfacer por resolución judicial

5. Pagos por la adquisición o rehabilitación de la vivienda habitual utilizando financiación ajena, con derecho a deducción en el IRPF

Importante: sólo podrán cumplimentar este apartado los contribuyentes que hayan adquirido su vivienda habitual, o hayan satisfecho cantidades por obras de rehabilitación de la misma, antes del 1 de enero de 2013.

Si está Vd. efectuando pagos por préstamos destinados a la adquisición o rehabilitación de su vivienda habitual por los que vaya a tener derecho a deducción por inversión en vivienda habitual en el IRPF y la cuantía total de sus retribuciones íntegras en concepto de rendimientos del trabajo procedentes de todos sus pagadores es inferior a 33.007,20 euros anuales, marque con una "X" esta casilla

6. Fecha y firma de la comunicación

Manifiesto ser contribuyente del IRPF y declaro que son ciertos los datos arriba indicados, presentando ante la empresa o entidad pagadora la presente comunicación de mi situación personal y familiar, o de su variación, a los efectos previstos en el artículo 88 del Reglamento del IRPF.

....., de de

Firma del perceptor: _____

Fdo.: D / D.ª _____

7. Acuse de recibo

La empresa o entidad: _____

acusa recibo de la presente comunicación y documentación.

....., de de

Firma autorizada y sello de la empresa o entidad pagadora: _____

Fdo.: D / D.ª _____

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 11 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, el perceptor tendrá derecho a ser informado previamente de la existencia de un fichero o tratamiento de datos de carácter personal, de la finalidad de la recogida de éstos y de los destinatarios de la información, de la identidad y dirección del responsable del tratamiento o, en su caso, de su representante, así como de la posibilidad de ejercitar sus derechos de acceso, rectificación o cancelación de los mismos.

Ejemplar para la empresa o entidad pagadora

Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas Retenciones sobre rendimientos del trabajo

Comunicación de datos al pagador (artículo 88 del Reglamento del IRPF)

Modelo
145

Si prefiere no comunicar a la empresa o entidad pagadora alguno de los datos a que se refiere este modelo, la retención que se le practique podría resultar superior a la procedente. En tal caso, podrá recuperar la diferencia, si procede, al presentar su declaración del IRPF correspondiente al ejercicio de que se trate.

Atención: la inclusión de datos falsos, incompletos o inexactos en esta comunicación, así como la falta de comunicación de variaciones en los mismos que, de haber sido conocidas por el pagador, hubieran determinado una retención superior, constituye infracción tributaria sancionable con multa del 35 al 150 por 100 de las cantidades que se hubieran dejado de retener por esta causa. (Artículo 205 de la Ley 58/2003, de 17 de diciembre, General Tributaria).

1. Datos del perceptor que efectúa la comunicación

NIF Apellidos y Nombre Año de nacimiento

Situación familiar:

- Soltero/a, viudo/a, divorciado/a o separado/a legalmente con hijos solteros menores de 18 años o incapacitados judicialmente y sometidos a patria potestad prorrogada o rehabilitada que conviven exclusivamente con Vd., sin convivir también con el otro progenitor, siempre que proceda consignar al menos un hijo o descendiente en el apartado 2 de este documento
- Casado/a y no separado/a legalmente cuyo cónyuge no obtiene rentas superiores a 1.500 euros anuales, excluidas las exentas

NIF del cónyuge (si ha marcado la casilla 2, deberá consignar en esta casilla el NIF de su cónyuge)

- Situación familiar distinta de las dos anteriores (solteros sin hijos, casados cuyo cónyuge obtiene rentas superiores a 1.500 euros anuales, ..., etc.)

Discapacidad (grado de discapacidad reconocido) Igual o superior al 33% e inferior al 65% Igual o superior al 65% Además, tengo acreditada la necesidad de ayuda de terceras personas o movilidad reducida

Movilidad geográfica: Si anteriormente estaba Vd. en situación de desempleo e inscrito en la oficina de empleo y la aceptación del puesto de trabajo actual ha exigido el traslado de su residencia habitual a un nuevo municipio, indique la fecha de dicho traslado

Obtención de rendimientos con período de generación superior a 2 años durante los 5 periodos impositivos anteriores:
 Marque esta casilla si, en el plazo comprendido en los 5 periodos impositivos anteriores al ejercicio al que corresponde la presente comunicación, ha percibido rendimientos del trabajo con período de generación superior a 2 años, a los que, a efectos del cálculo del tipo de retención le haya sido aplicada la reducción por irregularidad contemplada en el artículo 18.2 de la Ley del Impuesto y, sin embargo, posteriormente usted no haya aplicado la citada reducción en su correspondiente autoliquidación del Impuesto sobre la Renta

2. Hijos y otros descendientes menores de 25 años, o mayores de dicha edad si son discapacitados, que conviven con el perceptor

Datos de los hijos o descendientes menores de 25 años (o mayores de dicha edad si son discapacitados) que conviven con Vd. y que no tienen rentas anuales superiores a 8.000 euros.

Hijos o descendientes con discapacidad (grado de discapacidad reconocido)					Cómputo por entero de hijos o descendientes
Año de nacimiento	Año de adopción o acogimiento (1)	Grado igual o superior al 33% e inferior al 65%	Grado igual o superior al 65%	Además, tiene acreditada la necesidad de ayuda de terceras personas o movilidad reducida	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si alguno de los hijos o descendientes tiene reconocido un grado de discapacidad igual o superior al 33 por 100, marque con una "X" la/s casilla/s que corresponda/n a su situación.

En caso de hijos que convivan únicamente con Vd., sin convivir también con el otro progenitor (padre o madre), o de nietos que convivan únicamente con Vd., sin convivir también con ningún otro de sus abuelos, indique marcando con una "X" esta casilla.

Atención: Si tiene más de cuatro hijos o descendientes, adjunte otro ejemplar con los datos del quinto y sucesivos.

(1) Solamente en el caso de hijos adoptados o de menores acogidos. Tratándose de hijos adoptados que previamente hubieran estado acogidos, indique únicamente el año del acogimiento.

3. Ascendientes mayores de 65 años, o menores de dicha edad si son discapacitados, que conviven con el perceptor

Datos de los ascendientes mayores de 65 años (o menores de dicha edad si son discapacitados) que conviven con Vd. durante, al menos, la mitad del año y que no tienen rentas anuales superiores a 8.000 euros.

Año de nacimiento	Grado igual o superior al 33% e inferior al 65%	Grado igual o superior al 65%	Además, tiene acreditada la necesidad de ayuda de terceras personas o movilidad reducida	Convivencia con otros descendientes
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si alguno de los ascendientes tiene reconocido un grado de discapacidad igual o superior al 33 por 100, marque con una "X" la/s casilla/s que corresponda/n a su situación.

Si alguno de los ascendientes convive también, al menos durante la mitad del año, con otros descendientes del mismo grado que Vd., indique en esta casilla el número total de descendientes con los que convive, incluido Vd. (Si los ascendientes sólo conviven con Vd., no rellene esta casilla).

4. Pensiones compensatorias en favor del cónyuge y anualidades por alimentos en favor de los hijos, fijadas ambas por decisión judicial

Pensión compensatoria en favor del cónyuge. Importe anual que está Vd. obligado a satisfacer por resolución judicial

Anualidades por alimentos en favor de los hijos. Importe anual que está Vd. obligado a satisfacer por resolución judicial

5. Pagos por la adquisición o rehabilitación de la vivienda habitual utilizando financiación ajena, con derecho a deducción en el IRPF

Importante: sólo podrán cumplimentar este apartado los contribuyentes que hayan adquirido su vivienda habitual, o hayan satisfecho cantidades por obras de rehabilitación de la misma, antes del 1 de enero de 2013.

Si está Vd. efectuando pagos por préstamos destinados a la adquisición o rehabilitación de su vivienda habitual por los que vaya a tener derecho a deducción por inversión en vivienda habitual en el IRPF y la cuantía total de sus retribuciones íntegras en concepto de rendimientos del trabajo procedentes de todos sus pagadores es inferior a 33.007,20 euros anuales, marque con una "X" esta casilla

6. Fecha y firma de la comunicación

Manifiesto ser contribuyente del IRPF y declaro que son ciertos los datos arriba indicados, presentando ante la empresa o entidad pagadora la presente comunicación de mi situación personal y familiar, o de su variación, a los efectos previstos en el artículo 88 del Reglamento del IRPF.

....., ____ de de

Firma del perceptor: _____

Fdo.: D / D.ª _____

7. Acuse de recibo

La empresa o entidad:

acusa recibo de la presente comunicación y documentación.

....., ____ de de

Firma autorizada y sello de la empresa o entidad pagadora: _____

Fdo.: D / D.ª _____

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 11 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, el perceptor tendrá derecho a ser informado previamente de la existencia de un fichero o tratamiento de datos de carácter personal, de la finalidad de la recogida de éstos y de los destinatarios de la información, de la identidad y dirección del responsable del tratamiento o, en su caso, de su representante, así como de la posibilidad de ejercitar sus derechos de acceso, rectificación o cancelación de los mismos.

Ejemplar para el perceptor