

DECLARACIÓN RESPONSABLE DE CONVIVIENTES

PECANE 2.3 (Art. 8 RD-Ley 11/2021, de 27 de mayo)

Don/Doña con DNI/NIE
a efectos de acreditar el porcentaje a aplicar a la base reguladora de la prestación extraordinaria por cese de actividad regulada en el artículo 8 del RD-ley 11/2021, de 27 de mayo **declara:**

PRIMERO. - Que durante el periodo de percepción de la prestación que me fue reconocida provisionalmente vivía en la siguiente dirección:

Dirección del domicilio habitual (calle, plaza, ...) *Nº/Km. Bloque Esc. Piso Puerta*

--	--	--	--	--	--

Código Postal

Localidad

Provincia

--	--	--

SEGUNDO. - La unidad familiar o de convivencia estuvo formada por las personas que a continuación relaciono (conforme a la documentación que adjunto):

	Nombre y apellidos	Fecha de nacimiento	DNI/NIE	Percibió PECANE 1.2
1				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
7				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
8				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
9				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
10				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
11				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
12				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

TERCERO. - De los convivientes relacionados en el punto anterior y unidos a mí por vínculo familiar o unidad análoga de convivencia hasta primer grado de parentesco por consanguinidad o afinidad, ha tenido derecho a esta misma prestación por cese de actividad:

Únicamente yo Más de un miembro

CUARTO. - Que los abajo firmantes, ratifican voluntariamente y mediante su firma, que lo manifestado en esta declaración es cierto y fiel reflejo de la realidad en el periodo de percepción de la prestación.

Para que conste a los efectos oportunos:

En....., a de de

Relación de firmantes¹²

<i>Beneficiario</i>	<i>Conviviente</i>	<i>Conviviente</i>	<i>Conviviente</i>
<i>DNI:</i>	<i>DNI:</i>	<i>DNI:</i>	<i>DNI:</i>

<i>Conviviente</i>	<i>Conviviente</i>	<i>Conviviente</i>	<i>Conviviente</i>
<i>DNI:</i>	<i>DNI:</i>	<i>DNI:</i>	<i>DNI:</i>

<i>Conviviente</i>	<i>Conviviente</i>	<i>Conviviente</i>	<i>Conviviente</i>
<i>DNI:</i>	<i>DNI:</i>	<i>DNI:</i>	<i>DNI:</i>

La presente declaración responsable se acompaña de la siguiente documentación que acredita lo manifestado en la misma:

- Fotocopia de los DNI / NIE / Pasaporte de los convivientes [mayores de edad].
- Libro de familia.
- Certificado histórico del padrón, expedido en los últimos 3 meses y referido a las personas empadronadas en el domicilio indicado en el apartado PRIMERO durante el periodo comprendido entre el 01/06/2021 – 30/09/2021.
- Otros documentos de prueba.

¹ La validez de esta declaración queda supeditada a estar firmada por todos los componentes mayores de edad de la unidad familiar o de convivencia durante a fecha del hecho causante o que adquirieran esa condición durante la percepción de la prestación.

² Según el artículo 69 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas:
“La inexactitud, falsedad u omisión, de carácter esencial, en cualquier dato, manifestación o documento que se acompañe o incorpore a una declaración responsable o a una comunicación previa, o la no presentación ante la Administración competente de la declaración responsable o comunicación previa, determinará la imposibilidad de continuar con el ejercicio del derecho o actividad afectada desde el momento en que se tenga constancia de tales hechos, sin perjuicio de las responsabilidades penales, civiles o administrativas a que hubiera lugar.”

INFORMACIÓN DE INTERÉS

- La presente declaración es de aplicación únicamente para verificar el porcentaje a aplicar en la prestación extraordinaria de cese de actividad regulada en el art. 8 del Real Decreto-ley 11/2021, de 27 de mayo.
- Cumplimente toda la información requerida en el formulario preferiblemente empleando un ordenador. En caso de rellenar la solicitud a mano, escriba con claridad y en letras mayúsculas.
- La cumplimentación defectuosa o incorrecta de esta declaración o la falta de aportación de los documentos obligatorios que se indican, podrá suponer su subsanación y demorar la tramitación.
- Esta declaración, junto con el resto de los documentos que integran el expediente tramitado por **Umivale Activa**, podrán ser presentados ante la Inspección de Trabajo y la Seguridad Social o ante la Agencia Tributaria cuando se detecten contradicciones en las declaraciones y certificaciones conforme establece la normativa vigente.
- La documentación complementaria que acompañe a la solicitud y se comunique telemáticamente, se enviará preferiblemente en formato PDF.

PRESENTACIÓN DE LA DECLARACIÓN RESPONSABLE

Haga llegar a **Umivale Activa** esta declaración responsable mediante un formulario online al que puede acceder desde la notificación que ha recibido.

Recuerde que **deberá presentar esta declaración responsable junto con el resto de la documentación requerida.**

Dispone de un plazo de 15 días hábiles para presentarla. Transcurrido este plazo se resolverá el trámite de audiencia con la información obrante en el expediente.

DUDAS Y ACLARACIONES

Ponemos a su disposición los siguientes canales para resolver las dudas relacionadas con esta prestación:

- **Nuestra página web:** <https://umivaleactiva.es/ficha-novedades/dynacontent/resoluciones-definitivas-y-apertura-del-tramites-de-audiencia-rd-11-2021>
- **Atención personalizada a través de correo electrónico.**
Podrá realizar sus consultas a nuestros gestores a través del correo electrónico indicado en las notificaciones trámite de audiencia que se le envió. Nuestros gestores le responderán a la mayor brevedad.

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

Responsable: Umivale Activa Mutua Colaboradora con la Seguridad Social n.º 3. **Contacto del/de la delegado/a 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 n.º 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>.