



TA.0521/2 (Hoja 1/3)

Registro de presentación

Registro de entrada

SOLICITUD DE: ALTA, BAJA O VARIACIÓN DE DATOS EN EL RÉGIMEN ESPECIAL DE AUTÓNOMOS -FAMILIAR COLABORADOR DEL TITULAR DE LA EXPLOTACIÓN-

1. DATOS DEL SOLICITANTE

Form fields for applicant data: 1.1 PRIMER APELLIDO, SEGUNDO APELLIDO, NOMBRE, 1.2 NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL, FECHA DE NACIMIENTO, 1.3 GRADO DE MINUSVALÍA, 1.4 TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO, 1.5 N° DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO, 1.6 DOMICILIO (TIPO DE VÍA, NOMBRE DE LA VÍA PÚBLICA, BLOQUE, NÚM., BIS, ESCAL., PISO, PUERTA, CÓD. POSTAL, MUNICIPIO / ENTIDAD DE ÁMBITO TERRITORIAL INFERIOR AL MUNICIPIO, PROVINCIA, TELÉFONO).

2. DATOS RELATIVOS A LA SOLICITUD (Marque con "X" la opción correcta)

Form fields for application details: ALTA, BAJA, VARIACIÓN DE DATOS, FECHA DE INICIO/CESE/VARIACIÓN DE DATOS, 2.1 CAUSA DE LA BAJA / VARIACIÓN DE DATOS, 2.2 D.N.I./N.S./C.I.F. o C.C.C. DEL SUCESOR/A DE LA ACTIVIDAD, A esta solicitud se acompañan los siguientes documentos: (checkboxes).

3. DATOS RELATIVOS A LA ACTIVIDAD PROFESIONAL

Form fields for professional activity: 3.1 ACTIVIDAD ECONÓMICA - COLEGIO PROFESIONAL, 3.2 I.A.E., EPÍGRAFE CNAE 93, 3.3 NOMBRE COMERCIAL, 3.4 DOMICILIO (TIPO DE VÍA, NOMBRE DE LA VÍA PÚBLICA, BLOQUE, NÚM., BIS, ESCAL., PISO, PUERTA, CÓD. POSTAL, MUNICIPIO / ENTIDAD DE ÁMBITO TERRITORIAL INFERIOR AL MUNICIPIO, PROVINCIA, TELÉFONO), 3.5 MUJER REINCORPORADA AL TRABAJO, DESPUÉS DE MATERNIDAD.

4. OPCIÓN RESPECTO DE LA BASE DE COTIZACIÓN, DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES Y DE LAS CONTINGENCIAS PROFESIONALES

IMPORTANTE: CUMPLIMENTAR EN LA SIGUIENTE HOJA

5.1 DATOS RELATIVOS AL REPRESENTANTE

Form fields for representative data: NOMBRE Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL, N° DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO, NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL.

5.2 DATOS RELATIVOS AL AUTORIZADO DEL SISTEMA RED

Form fields for authorized system red data: NOMBRE Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL, NÚMERO DE LA AUTORIZACIÓN.

6. A EFECTOS DE NOTIFICACIONES SEÑALA COMO DOMICILIO PREFERENTE (Marque con una "X" la opción correcta)

Form fields for preferred domicile: DOMICILIO DEL SOLICITANTE (APARTADO 1.6), DOMICILIO DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL (APARTADO 3.4), OTRO DOMICILIO (ANOTAR EN LA SIGUIENTE HOJA).

7. DATOS PARA LA DOMICILIACIÓN DEL PAGO DE CUOTAS

Form fields for payment of contributions: CÓDIGO CUENTA CLIENTE (ENTIDAD, SUCURSAL, D.C., NÚMERO CUENTA), DOCUMENTO IDENTIFICATIVO DEL TITULAR DE LA CUENTA DE ADEUDO (TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO, N° DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO, D.N.I., C.I.F., TARJETA EXTRANJERO, PASPRT.).

Signature and notification fields: FIRMA DEL TRABAJADOR/A, FIRMA Y SELLO DEL REPRESENTANTE, DILIGENCIA DE NOTIFICACIÓN DE LA SUBSANACIÓN Y MEJORA DE LA SOLICITUD (Fecha, D.N.I., FIRMA), DILIGENCIA DE NOTIFICACIÓN DE LA RESOLUCIÓN (BOLETINES DE COTIZACIÓN RECIBIDOS: DE A, Fecha, D.N.I., FIRMA).

SUBSANACIÓN Y/O MEJORA REQUERIDA

ÓRGANO AL QUE SE DIRIGE LA SOLICITUD: DIRECCIÓN PROVINCIAL O ADMINISTRACIÓN DE LA T. G. S. S. :

ADVERTENCIA: En las Comunidades Autónomas con lengua cooficial, existe a su disposición este impreso redactado en lengua vernácula.

TA.0521/2 (Hoja 1/3) (17-07-2006)



TA.0521/2 (Hoja 2/3)

Registro de presentación

Registro de entrada

DATOS DEL SOLICITANTE

NOMBRE Y APELLIDOS	NÚMERO DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO	NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL (N.S.S.)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

OPCIONES

4.1. OPCIÓN RESPECTO DE LA BASE DE COTIZACIÓN

BASE MÍNIMA BASE MÁXIMA OTRA BASE

SOLICITA el INCREMENTO automático de la Base de Cotización en el mismo porcentaje en que se incremente la Base Máxima de Cotización del Régimen Especial.

4.2. OPCIÓN RESPECTO DE LA COBERTURA DE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA POR INCAPACIDAD TEMPORAL DERIVADA DE CONTINGENCIAS COMUNES

SOLICITA (Marque con una "X" lo que proceda):

ACOGERSE a la cobertura de la prestación económica por Incapacidad temporal por contingencias comunes
El abono de la prestación se concierta con la MUTUA N° DE A. T. y E. P.

RENUNCIAR a la cobertura de la prestación económica por Incapacidad temporal por contingencias comunes

4.3. OPCIÓN RESPECTO DE LA COBERTURA DE LAS CONTINGENCIAS PROFESIONALES [ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES]

SOLICITA (Marque con una "X" lo que proceda):

ACOGERSE a la cobertura de las contingencias profesionales

RENUNCIAR a la cobertura de las contingencias profesionales

SI LA ACTIVIDAD DESARROLLADA ES ALGUNA DE LAS QUE SE INDICAN A CONTINUACIÓN MARQUE CON "X" LAS CARACTERÍSTICAS DE LA ACTIVIDAD SEGÚN LO INDICADO:

<input type="checkbox"/> PRODUCCION AGRICOLA o GANADERA [CNAE: 011xx, 012xx o 013xx]	<input type="checkbox"/> EN EXPLOTACION PROPIA SIN SERVICIOS A TERCEROS	<input type="checkbox"/> CON SERVICIOS A TERCEROS
<input type="checkbox"/> TRANSPORTE TERRESTRE [CNAE: 602xx]	<input type="checkbox"/> TRANSPORTE PESADO EN VEHICULOS DE MAS DE 6.000 Kg.	<input type="checkbox"/> TRANSPORTE LIGERO EN VEHICULOS HASTA 6.000 Kg.
<input type="checkbox"/> CORREOS Y TELECOMUNICACIONES [CNAE 64xxx]	<input type="checkbox"/> SIN TRANSPORTE	<input type="checkbox"/> CON RECOGIDA Y TRANSPORTE DE MERCANCIA LIGERA
<input type="checkbox"/> INTERMEDIACION FINANCIERA, INCLUYENDO SEGUROS Y PLANES DE PENSIONES y ACTIVIDADES AUXILIARES A LA INTERMEDIACION FINANCIERA [CNAE: 65xxx, 66xxx y 67xxx]	<input type="checkbox"/> SIN DESPLAZAMIENTOS HABITUALES	<input type="checkbox"/> CON DESPLAZAMIENTOS HABITUALES

6. A EFECTOS DE NOTIFICACIONES SEÑALA COMO DOMICILIO PREFERENTE UN DOMICILIO DISTINTO DEL DE RESIDENCIA O DEL DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA

TIPO DE VÍA	NOMBRE DE LA VÍA PÚBLICA	BLOQUE	NÚM.	BIS	ESCAL.	PISO	PUERTA	CÓD. POSTAL
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DOMICILIO MUNICIPIO / ENTIDAD DE ÁMBITO TERRITORIAL INFERIOR AL MUNICIPIO		PROVINCIA			TELÉFONO			
<input type="text"/>		<input type="text"/>			<input type="text"/>			
APARTADO DE CORREOS								
<input type="text"/>								

ADVERTENCIA: En las Comunidades Autónomas con lengua cooficial, existe a su disposición este impreso redactado en lengua vernácula.

FIRMA DEL TRABAJADOR/A



TA.0521/2 (Hoja 3/3)

Registro de presentación	Registro de entrada
--------------------------	---------------------

DECLARACIÓN:
-RÉGIMEN ESPECIAL DE TRABAJADORES POR CUENTA PROPIA O AUTÓNOMOS
-FAMILIAR COLABORADOR DEL TITULAR DE LA EXPLOTACIÓN

DATOS DEL SOLICITANTE

NOMBRE Y APELLIDOS	NÚMERO DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO	NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL (N.S.S.)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

8. DECLARACIÓN PARA LAS SOLICITUDES DE ALTA

D./Dña. : _____ ,
 con D.N.I. _____ y N.S.S. _____

Declara bajo su responsabilidad que es titular de la empresa cuyos datos figuran en esta solicitud y que el trabajador cuyos datos identificativos constan en la misma, al que le une la relación de parentesco de _____ PRESTA sus servicios como colaborador familiar en su empresa DESDE el día _____, sin que exista entre ambos relación laboral.

Asimismo, el titular de la explotación DECLARA que:

- ESTÁ EN SITUACIÓN DE ALTA EN EL RÉGIMEN ESPECIAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL DE LOS TRABAJADORES POR CUENTA PROPIA O AUTÓNOMOS (RETA)
- NO ESTÁ EN SITUACIÓN DE ALTA EN EL RETA, LIMITÁNDOSE SU ACTUACIÓN EN LA MISMA AL DESEMPEÑO DE LAS FUNCIONES INHERENTES A TAL TITULARIDAD, POR DARSE LA CIRCUNSTANCIA DE _____

FIRMA DEL TITULAR DE LA EXPLOTACIÓN
<input type="text"/>

9. DECLARACIÓN PARA LAS SOLICITUDES DE BAJA

D./Dña. : _____ ,
 con D.N.I. _____ y N.S.S. _____

Declara bajo su responsabilidad que es titular de la empresa cuyos datos figuran en esta solicitud y que el trabajador cuyos datos identificativos constan en la misma, al que le une la relación de parentesco de _____ HA PRESTADO sus servicios como colaborador familiar en su empresa HASTA el día _____, sin que exista entre ambos relación laboral.

FIRMA DEL TITULAR DE LA EXPLOTACIÓN
<input type="text"/>

ADVERTENCIA: En las Comunidades Autónomas con lengua cooficial, existe a su disposición este impreso redactado en lengua vernácula.



RESGUARDO DE SOLICITUD DE ALTA, BAJA O VARIACIÓN DE DATOS EN EL RÉGIMEN ESPECIAL DE AUTÓNOMOS -FAMILIAR COLABORADOR DEL TITULAR DE LA EXPLOTACIÓN- (TA.0521/2)

Con la fecha que se indica en este documento ha tenido entrada, en el registro de esta Dirección Provincial o Administración de la Seguridad Social, la solicitud cuyos datos figuran a continuación:

DATOS DEL TRABAJADOR/A

Form fields for worker data: APELLIDOS Y NOMBRE, Nº DE SEGURIDAD SOCIAL, Nº DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO, ALTA, BAJA, VARIACIÓN DE DATOS, FECHA DE ALTA/BAJA/VARIACIÓN DE DATOS, DATO DEL QUE SE SOLICITA LA VARIACIÓN.



PLAZO DE RESOLUCIÓN: El plazo máximo para dictar y notificar la resolución sobre la presente solicitud será de cuarenta y cinco días contados a partir de la fecha de su entrada en el registro de la Dirección Provincial de la Tesorería General de la Seguridad Social o Administración de la Seguridad Social competente para su tramitación.

TA.0521/2 (Resguardo) (17-01-2006)



SUBSANACIÓN Y/O MEJORA DE LA SOLICITUD DE ALTA, BAJA O VARIACIÓN DE DATOS EN EL RÉGIMEN ESPECIAL DE AUTÓNOMOS -FAMILIAR COLABORADOR DEL TITULAR DE LA EXPLOTACIÓN- (TA.0521/2)

La solicitud de alta, baja o variación de datos del trabajador/a por cuenta propia, cuyos datos figuran a continuación, no reúne los requisitos establecidos por el artículo 70 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, y/o los establecidos en el Reglamento General aprobado por Real Decreto 84/1996, de 26 de enero, por lo que no se puede dictar resolución expresa en el mismo acto de la presentación de la solicitud.

DATOS DEL TRABAJADOR/A

Form fields for worker data: APELLIDOS Y NOMBRE, Nº DE SEGURIDAD SOCIAL, Nº DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO, ALTA, BAJA, VARIACIÓN DE DATOS, FECHA DE ALTA/BAJA/VARIACIÓN DE DATOS, DATO DEL QUE SE SOLICITA LA VARIACIÓN.



PLAZO DE RESOLUCIÓN: El plazo máximo para dictar y notificar la resolución sobre la presente solicitud será de cuarenta y cinco días contados a partir de la fecha de su entrada en el registro de la Dirección Provincial de la Tesorería General de la Seguridad Social o Administración de la Seguridad Social competente para su tramitación.

TA.0521/2 (Subsanación) (17-01-2006)

De conformidad con lo establecido en el art. 71 de la Ley 30/1992, en un plazo de DIEZ DÍAS, el solicitante deberá subsanar la falta que se indica y/o acompañar los documentos que se relacionan.

Empty box for providing additional information or documents.

Si no se subsanara la falta o no se entregasen los documentos solicitados, se le tendrá por desistido de su petición, dictándose la correspondiente resolución, notificándose a la Inspección de Trabajo y Seguridad Social a los efectos pertinentes.