



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

1.1 PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE		1.2 NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL					
FECHA DE NACIMIENTO		1.3 GRADO DE DISCAPACIDAD		1.4 TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO		1.5 N° DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO					
Día Mes Año				D.N.I.: TARJETA DE EXTRANJERO: PASAPORTE:							
TIPO DE VÍA		NOMBRE DE LA VÍA PÚBLICA		BLOQUE		NÚM.	BIS	ESCAL.	PISO	PUERTA	CÓD. POSTAL
1.6 DOMICILIO		MUNICIPIO/ENTIDAD DE ÁMBITO TERRITORIAL INFERIOR AL MUNICIPIO		PROVINCIA							
1.7 DATOS TELEMÁTICOS		CORREO ELECTRÓNICO									
ACEPTO ENVÍO COMUNICACIONES INFORMATIVAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL		SI ☐ NO ☐		TELÉFONO MÓVIL							

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

ALTA ☐	BAJA ☐	VARIACIÓN DE DATOS ☐	FECHA DE INICIO/CESE/VARIACIÓN DE DATOS	Día Mes Año
2.1 CAUSA DE LA BAJA / VARIACIÓN DE DATOS			2.2 D.N.I./N.S.S./C.I.F. o C.C.C. DEL SUCESOR/A DE LA ACTIVIDAD	
A esta solicitud se acompañan los siguientes documentos:				
☐		☐		
☐		☐		

3. DATOS RELATIVOS A LA ACTIVIDAD PROFESIONAL

3.1 ACTIVIDAD ECONÓMICA - COLEGIO PROFESIONAL		3.2 I.A.E.		CNAE 2009							
3.3 NOMBRE COMERCIAL											
TIPO DE VÍA		NOMBRE DE LA VÍA PÚBLICA		BLOQUE		NÚM.	BIS	ESCAL.	PISO	PUERTA	CÓD. POSTAL
3.4 DOMICILIO		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. OTROS DATOS

5.1 DATOS RELATIVOS AL REPRESENTANTE		5.2 DATOS RELATIVOS AL AUTORIZADO DEL SISTEMA RED	
NOMBRE Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL		NOMBRE Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL	
N° DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO	NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE LA AUTORIZACIÓN	

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

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

CÓDIGO INTERNACIONAL CUENTA BANCARIA (IBAN)											
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.: ☐										

FIRMA DEL TRABAJADOR/A	FIRMA Y SELLO DEL REPRESENTANTE	DILIGENCIA DE NOTIFICACIÓN DE LA SUBSANACIÓN Y MEJORA DE LA SOLICITUD	DILIGENCIA DE NOTIFICACIÓN DE LA RESOLUCIÓN
		Fecha: D.N.I.: FIRMA:	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 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.)

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. MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL QUE DA COBERTURA A LA INCAPACIDAD TEMPORAL DERIVADA DE CONTINGENCIAS COMUNES

MUTUA N°

NOMBRE

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

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

ACOGERSE

☐
☐

A la cobertura de las contingencias profesionales.

A la cobertura de cese de actividad.

RENUNCIAR

☐
☐

A la cobertura de las contingencias profesionales.

A la cobertura de cese de actividad.

4.4. OPCIÓN RESPECTO DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL EN SITUACIÓN DE PLURIACTIVIDAD

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

☐

ACOGERSE a la cobertura de la Incapacidad Temporal

☐

NO ACOGERSE a la cobertura de la Incapacidad Temporal

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
DOMICILIO MUNICIPIO / ENTIDAD DE ÁMBITO TERRITORIAL INFERIOR AL MUNICIPIO		PROVINCIA			TELÉFONO			
APARTADO DE CORREOS								

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.)

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

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



**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

APELLIDOS Y NOMBRE

Nº DE SEGURIDAD SOCIAL

Nº DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO

ALTA

☐

BAJA

☐

VARIACIÓN
DE DATOS

☐

FECHA DE ALTA/BAJA/VARIACIÓN DE DATOS

Día

Mes

Año

DATO DEL QUE SE SOLICITA LA VARIACIÓN

Registro de entrada

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. El plazo indicado podrá ser suspendido cuando deba requerirse la subsanación de deficiencias y la aportación de documentos y otros elementos de juicio necesarios, así como en el resto de los supuestos del art. 42.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común. Transcurrido el citado plazo sin que recaiga resolución expresa, la solicitud podrá entenderse estimada, lo que se comunica a efectos de lo establecido en el artículo 42.4 de la Ley 30/1992.



**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

APELLIDOS Y NOMBRE

Nº DE SEGURIDAD SOCIAL

Nº DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO

ALTA

☐

BAJA

☐

VARIACIÓN
DE DATOS

☐

FECHA DE ALTA/BAJA/VARIACIÓN DE DATOS

Día

Mes

Año

DATO DEL QUE SE SOLICITA LA VARIACIÓN

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.

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.

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. El plazo indicado podrá ser suspendido cuando deba requerirse la subsanación de deficiencias y la aportación de documentos y otros elementos de juicio necesarios, así como en el resto de los supuestos del art. 42.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común. Transcurrido el citado plazo sin que recaiga resolución expresa, la solicitud podrá entenderse estimada, lo que se comunica a efectos de lo establecido en el artículo 42.4 de la Ley 30/1992.

Registro de salida