



# Solicitud de subsidio extraordinario Sistema Especial para Empleados de Hogar (COVID-19)

Rellene una única SOLICITUD incluyendo los datos de todos los empleadores para los que trabaja.

## Datos de la solicitud:

Alta

Desistimiento de una solicitud anterior

Variación de datos de una solicitud anterior:

Fin de la reducción total o parcial de jornada

Nueva contratación

Percibir incapacidad temporal

Cambio en la reducción total o parcial de la actividad

Despido o fin de la relación laboral

## 1. Datos personales de la persona solicitante

Nombre

1<sup>er</sup> Apellido

2<sup>o</sup> Apellido

DNI / Pasaporte / NIE / TIE

Fecha de caducidad DNI / Pasaporte / NIE / TIE

Número de Afiliación de la Seguridad Social

Nacionalidad

### DOMICILIO A EFECTOS DE COMUNICACIONES / NOTIFICACIONES

Vía: Tipo

Nombre

Núm.

Bis/Por

Escal.

Piso

Letra

Municipio

Código Postal

Provincia

### DATOS DEL REPRESENTANTE

Nombre

1<sup>er</sup> Apellido

2<sup>o</sup> Apellido

DNI / Pasaporte / NIE / TIE

Fecha de caducidad DNI / Pasaporte / NIE / TIE

Vía: Tipo

Nombre

Núm.

Bis/Por

Escal.

Piso

Letra

Municipio

Código Postal

Provincia

### TELÉFONO Y CORREO ELECTRÓNICO

Teléfono 1

Teléfono 2

Correo electrónico

## 2. 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) **ES**

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.

Los bancos deberán seleccionarse de entre los señalados en las instrucciones adjuntas.

Nombre y apellidos

DNI / Pasaporte / NIE / TIE

### 3. Datos de los empleadores

#### 3.1 Datos de empleadores / titulares del hogar familiar del Sistema Especial para Empleados de Hogar

##### Empleador nº 1

##### Empleador nº 2

DNI / Pasaporte / NIE / TIE

1º Apellido

2º Apellido

Nombre

Teléfonos de contacto

Correo electrónico

Me he acogido al permiso retribuido recuperable (30 marzo al 09 abril)

Sí	No
----	----

Sí	No
----	----

La obligación de ingreso de la cotización le corresponde a la persona trabajadora

Sí	No
----	----

Sí	No
----	----

Mes	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
-----	---------	-------	-------	------	-------	---------	-------	-------	------	-------

Salario Neto

Hecho causante: 1-Despido; 2-Reducción total o parcial; 3-Reducción y despido en un mismo mes

Fecha de inicio del hecho causante

Fecha de fin del hecho causante

Jornada mensual (en horas) de trabajo según contrato

Horas de trabajo efectivo tras el hecho causante

##### Empleador nº 3

##### Empleador nº 4

DNI / Pasaporte / NIE / TIE

1º Apellido

2º Apellido

Nombre

Teléfonos de contacto

Correo electrónico

Me he acogido al permiso retribuido recuperable (30 marzo al 09 abril)

Sí	No
----	----

Sí	No
----	----

La obligación de ingreso de la cotización le corresponde a la persona trabajadora

Sí	No
----	----

Sí	No
----	----

Mes	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
-----	---------	-------	-------	------	-------	---------	-------	-------	------	-------

Salario Neto

Hecho causante: 1-Despido; 2-Reducción total o parcial; 3-Reducción y despido en un mismo mes

Fecha de inicio del hecho causante

Fecha de fin del hecho causante

Jornada mensual (en horas) de trabajo según contrato

Horas de trabajo efectivo tras el hecho causante

#### 3.2 Datos de empresas en régimen distinto al Sistema Especial para Empleados de Hogar

##### Empresa nº 1

##### Empresa nº 2

Apellidos y Nombre o Razón Social

Código de Cuenta de Cotización

Teléfonos de contacto

Correo electrónico

Mes	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
-----	---------	-------	-------	------	-------	---------	-------	-------	------	-------

Salario Neto

#### 3.3 Ingresos de cualesquiera otras actividades por cuenta propia

Mes	Marzo	Abril	Mayo	Junio
-----	-------	-------	------	-------

Ingresos Netos Recibidos

## 4. Observaciones

Con la presentación de esta solicitud **DECLARO RESPONSABLEMENTE** que he dejado de prestar servicios, total o parcialmente, con carácter temporal, a fin de reducir el riesgo de contagio, por causas ajenas a mi voluntad, en el domicilio de mi empleador/a con motivo de la crisis sanitaria del COVID-19, a los efectos de acreditar el hecho causante del subsidio extraordinario por falta de actividad para las personas integradas en el Sistema Especial de Empleados de Hogar del Régimen General de la Seguridad Social.

**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.

**NOTA INFORMATIVA:** El apartado 4 del artículo 69 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, dispone que “La inexactitud, falsedad u omisión, de carácter esencial, de cualquier dato o información que se incorpore a una declaración responsable o a una comunicación, o la no presentación ante la Administración competente de la declaración responsable, la documentación que sea en su caso requerida para acreditar el cumplimiento de lo declarado, o la comunicación, 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.

Asimismo, la resolución de la Administración Pública que declare tales circunstancias podrá determinar la obligación del interesado de restituir la situación jurídica al momento previo al reconocimiento o al ejercicio del derecho o al inicio de la actividad correspondiente, así como la imposibilidad de instar un nuevo procedimiento con el mismo objeto durante un período de tiempo determinado por la ley, todo ello conforme a los términos establecidos en las normas sectoriales de aplicación.”

Se le informa que el SEPE podrá contactar con usted por teléfono o por correo electrónico para completar la información o requerir documentación indispensable.

Transcurrido el plazo de tres meses establecido en la Resolución del SEPE, por la que se desarrolla el procedimiento para la tramitación de solicitudes del presente Subsidio extraordinario, sin que se haya dictado y notificado resolución expresa, la solicitud se entenderá desestimada, de conformidad con el artículo 129.3 TRLGSS.

Contra las resoluciones, expresas o presuntas, dictadas por la Dirección General del Servicio Público de Empleo Estatal se podrá interponer reclamación previa conforme a lo previsto en el art. 71 de la Ley 36/2011, de 10 de octubre, reguladora de la jurisdicción social

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

## Diligencia de documentación presentada en el trámite de la solicitud

Nóminas trabajos por cuenta ajena .....

Declaración Responsable de todos los empleadores y de todas las empresas .....

Otros .....

**PROTECCIÓN DE DATOS:** Esta solicitud recoge datos de carácter personal que pasarán a formar parte de un tratamiento realizado por el Servicio Público de Empleo Estatal en el ejercicio de poderes públicos conforme al reglamento general de protección datos del 2016/679, de 27 de abril de 2016 y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal en garantía de derechos digitales. La finalidad es la realización de las funciones derivadas de la solicitud y, en su caso, las cesiones previstas legalmente. Tiene derecho al acceso, rectificación, oposición o supresión de sus datos, en los términos legalmente establecidos. Más información <http://www.sepe.es/HomeSepe/mas-informacion/aviso-legal.html>

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

Fecha de presentación de la solicitud y firma del representante

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020 \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020

Fdo.: \_\_\_\_\_

Sello de la Unidad

Fdo.: \_\_\_\_\_