



# 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.

## 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										
1 <sup>er</sup> Apellido										
2 <sup>o</sup> Apellido										
Nombre										
Teléfonos de contacto										
Correo electrónico										
Me he acogido al permiso retribuido recuperable (30 marzo al 09 abril)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
La obligación de ingreso de la cotización le corresponde a la persona trabajadora	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fecha de inicio 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										
1 <sup>er</sup> Apellido										
2 <sup>o</sup> Apellido										
Nombre										
Teléfonos de contacto										
Correo electrónico										
Me he acogido al permiso retribuido recuperable (30 marzo al 09 abril)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
La obligación de ingreso de la cotización le corresponde a la persona trabajadora	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fecha de inicio 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.gob.es> o a los teléfonos de atención a la ciudadanía.

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

- Fotocopia DNI, pasaporte, Tarjeta de Identidad de Extranjero/a (TIE), documento identificativo en su país de origen del solicitante .....
- Fotocopia DNI, pasaporte, Tarjeta de Identidad de Extranjero/a (TIE), documento identificativo en su país de origen de todos los empleadores ...
- Fotocopia del documento que contenga el Numero de Identificación de Extranjero/a (NIE) del solicitante .....
- Fotocopia del documento que contenga el Numero de Identificación de Extranjero/a (NIE) de todos los empleadores .....
- 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.: