

WNIOSEK

o zwolnienie z obowiązku opłacenia należności z tytułu składek
za marzec–maj 2020 r.

Instrukcja wypełniania

1. Jeśli zgłaszasz do ubezpieczeń mniej niż 10 ubezpieczonych lub wypełniasz wniosek w imieniu takiego płatnika – w bloku II wypełnij pkt 1 i pkt 4
2. Jeśli prowadzisz działalność gospodarczą i opłacasz składki wyłącznie za siebie lub wypełniasz wniosek w imieniu takiego płatnika – w bloku II wypełnij pkt 2 i pkt 4
3. Jeśli jesteś osobą duchowną lub wypełniasz wniosek w imieniu takiego płatnika – w bloku II wypełnij pkt 3
4. Podaj **adres do korespondencji** w tej sprawie.

I. Dane wnioskodawcy

NIP	<table><tr><td>8</td><td>9</td><td>9</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>7</td><td>9</td><td>8</td><td>0</td></tr></table>										8	9	9	2	2	2	7	9	8	0				
8	9	9	2	2	2	7	9	8	0															
REGON	<table><tr><td>0</td><td>2</td><td>1</td><td>4</td><td>3</td><td>6</td><td>7</td><td>9</td><td>3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										0	2	1	4	3	6	7	9	3					
0	2	1	4	3	6	7	9	3																
PESEL	<table><tr><td>7</td><td>9</td><td>0</td><td>2</td><td>1</td><td>7</td><td>0</td><td>8</td><td>3</td><td>3</td><td>2</td></tr></table>												7	9	0	2	1	7	0	8	3	3	2	
7	9	0	2	1	7	0	8	3	3	2														
	Podaj jeśli nie masz numeru NIP i REGON																							
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	<table><tr><td colspan="12"></td></tr></table>																							
	Jeśli nie masz numeru PESEL, podaj serię i numer innego dokumentu																							
Imię	<table><tr><td colspan="12">PAWEŁ</td></tr></table>												PAWEŁ											
PAWEŁ																								
Nazwisko	<table><tr><td colspan="12">WOJTYSZYN</td></tr></table>												WOJTYSZYN											
WOJTYSZYN																								
Nazwa skrócona	<table><tr><td colspan="12">PAWEŁ WOJTYSZYN</td></tr></table>												PAWEŁ WOJTYSZYN											
PAWEŁ WOJTYSZYN																								
Ulica	<table><tr><td colspan="12">KARPACKA</td></tr></table>												KARPACKA											
KARPACKA																								
Numer domu	<table><tr><td colspan="4">23A</td></tr></table>				23A				Numer lokalu				<table><tr><td colspan="4">5</td></tr></table>				5							
23A																								
5																								
Kod pocztowy	<table><tr><td colspan="4">54-617</td></tr></table>				54-617				Miejscowość				<table><tr><td colspan="4">WROCŁAW</td></tr></table>				WROCŁAW							
54-617																								
WROCŁAW																								
Numer telefonu	<table><tr><td colspan="12">503754479</td></tr></table>												503754479											
503754479																								
	Podaj numer telefonu – to ułatwi nam kontakt w sprawie																							
Adres e-mail	<table><tr><td colspan="12">P.WOJTYSZYN@GMAIL.COM</td></tr></table>												P.WOJTYSZYN@GMAIL.COM											
P.WOJTYSZYN@GMAIL.COM																								
	Podaj adres e-mail – to ułatwi nam kontakt w sprawie																							

II. Treść wniosku

Na podstawie przepisów ustawy z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2020 r. poz. 568) zwracam się o zwolnienie z obowiązku opłacenia nieopłaconych należności z tytułu składek:

1. ☐ na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne oraz Fundusz Pracy, Fundusz Solidarnościowy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych lub Fundusz Emerytur Pomostowych **za osoby ubezpieczone*, za****:

☐ marzec 2020 r.

☐ kwiecień 2020 r.

☐ maj 2020 r.

* osoby zgłoszone do ubezpieczeń społecznych lub ubezpieczenia zdrowotnego, w tym osoby współpracujące z osobą prowadzącą pozarolniczą działalność oraz osoba prowadząca pozarolniczą działalność, która opłaca składki jednocześnie za innych ubezpieczonych

** dotyczy płatników, którzy na dzień 29 lutego 2020 r. zgłaszali do ubezpieczeń społecznych mniej niż 10 ubezpieczonych

2. ☒ na obowiązkowe ubezpieczenia emerytalne, rentowe, wypadkowe, dobrowolne ubezpieczenie chorobowe, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy i Fundusz Solidarnościowy **za mnie jako osobę prowadzącą pozarolniczą działalność opłacającą składki wyłącznie za siebie, za:**

☐ marzec 2020 r.

☒ kwiecień 2020 r.

☒ maj 2020 r.

Oświadczam, że w pierwszym miesiącu, za który jest składany wniosek o zwolnienie z opłacania składek osiągnąłem przychód* z prowadzenia działalności w wysokości:**

15495.00

zł

***wskazany przychód nie może być wyższy niż 300% prognozowanego przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto w gospodarce narodowej w 2020 r. tj. 15 681 zł.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

3. ☐ na obowiązkowe ubezpieczenia emerytalne i rentowe oraz wypadkowe, dobrowolne ubezpieczenie chorobowe oraz na ubezpieczenie zdrowotne **za mnie jako osobę duchowną, za:**

☐ marzec 2020 r.

☐ kwiecień 2020 r.

☐ maj 2020 r.

4. Jeżeli zaznaczyłeś punkt 1 lub 2 wypełnij poniższe:

4.1 Klasa działalności, zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2007 r. w sprawie Polskiej Klasyfikacji Działalności (PKD) (Dz.U. Nr 251, poz. 1885, z późn. zm.)

7	9	1	2
---	---	---	---

Podaj klasę działalności, w związku z którą ubiegasz się o pomoc. Jeżeli nie możesz ustalić jednej takiej działalności, podaj klasę PKD tej działalności, która generuje największy przychód.

4.2 Informacje dotyczące sytuacji ekonomicznej podmiotu, któremu ma być udzielona pomoc publiczna (wg stanu na 31.12.2019 r.) zgodnie z Komunikatem Komisji Europejskiej (2020/C 91 I/01 z 20.03.2020 r.)

- A. Czy, w przypadku spółki akcyjnej, spółki z ograniczoną odpowiedzialnością oraz spółki komandytowo-akcyjnej, wysokość niepokrytych strat przewyższała 50% wysokości kapitału zarejestrowanego?¹ TAK ☐ NIE ☐ NIE DOTYCZY ☒
- B. Czy, w przypadku spółki jawnej, spółki komandytowej, spółki partnerskiej oraz spółki cywilnej, wysokość niepokrytych strat przewyższała 50% wysokości jej kapitału według ksiąg spółki? TAK ☐ NIE ☐ NIE DOTYCZY ☒
- C. Czy podmiot spełniał kryteria kwalifikujące go do objęcia postępowaniem upadłościowym? TAK ☐ NIE ☒

4.3 Czy podmiot któremu ma być udzielona pomoc publiczna otrzymał już inną pomoc rekompensującą negatywne konsekwencje ekonomiczne z powodu COVID-19?

TAK ☐ NIE ☒

Jeśli tak, należy wskazać:

A. wartość pomocy w złotych oraz datę jej otrzymania

dd	/	mm	/	rrrr			

B. rodzaj i formę otrzymanej pomocy (np. dotacja, gwarancja)

C. nazwę podmiotu udzielającego pomocy

Data

0	7	0	5	2	0	2	0
dd	/	mm	/	rrrr			

WAŻNE

Jeżeli prowadzisz działalność w sektorze rybołówstwa i akwakultury lub w zakresie produkcji podstawowej produktów rolnych wymienionych w załączniku I do Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej, przekaz taką informację do ZUS. Informacja ta jest ważna, ponieważ w tych sektorach obowiązują inne progi dopuszczalnej pomocy publicznej. Ich przekroczenie może skutkować koniecznością zwrotu udzielonej pomocy publicznej.

¹ Warunek jest spełniony, jeśli po odjęciu wartości skumulowanych strat od sumy kapitałów o charakterze rezerwowym (takich jak kapitał zapasowy, rezerwy oraz kapitał z aktualizacji wyceny) uzyskano wynik ujemny, którego wartość bezwzględna przekracza połowę wartości kapitału zarejestrowanego, tj. akcyjnego lub zakładowego.

Informacje, o których mowa w art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO), są dostępne w centrali lub terenowych jednostkach organizacyjnych ZUS oraz na stronie internetowej ZUS pod adresem: <https://bip.zus.pl/rodo>