

WNIOSEK

o zwolnienie z obowiązku opłacenia należności z tytułu składek

Instrukcja wypełniania

1. Podaj **adres do korespondencji** w tej sprawie
2. Jeśli zgłaszasz do ubezpieczeń mniej niż 50 ubezpieczonych – w bloku II wypełnij pkt 1 A i pkt 3 oraz blok III
3. Jeśli prowadzisz działalność gospodarczą i opłacasz wyłącznie składki zdrowotne (korzystasz z „Ulgi na start”) – w bloku II wypełnij pkt 1 B, pkt 2 i pkt 3 (możesz wybrać kwiecień i/lub maj) oraz blok III
4. Jeśli jesteś płatnikiem będącym spółdzielnią socjalną – w bloku II wypełnij pkt 1 C i pkt 3 oraz blok III
5. Jeśli prowadzisz działalność gospodarczą i opłacasz składki wyłącznie za siebie – w bloku II wypełnij pkt 1 D, pkt 2 i pkt 3 (jeżeli w pkt 2 wybrałeś oświadczenie A – w pkt 3 możesz wybrać dowolne miesiące, natomiast jeśli wybrałeś oświadczenie B – możesz wybrać kwiecień i/lub maj). Wypełnij również blok III
6. Jeśli jesteś osobą duchowną – w bloku II wypełnij pkt 1 E i pkt 3
7. Jeśli jesteś instytucją kościelną (np. domem zakonnym, parafią) i opłacasz składki również za innych ubezpieczonych niż osoby duchowne np. pracowników – w bloku II wypełnij pkt 1 A, pkt 1 E i pkt 3 oraz blok III

I. Dane wnioskodawcy

NIP

8	9	9	2	2	2	7	9	8	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

REGON

0	2	1	4	3	6	7	9	3					
---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--

PESEL

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

--

Jeśli nie masz numeru PESEL, podaj serię i numer innego dokumentu

Imię

PAWEŁ

Nazwisko

WOJTYSZYN

Nazwa skrócona

PAWEŁ WOJTYSZYN

Ulica

KARPACKA

Numer domu

23A

Numer lokalu

5

Kod pocztowy

54-617

Miejscowość

WROCŁAW

Numer telefonu

503754479

Podaj numer telefonu – to ułatwi nam kontakt w sprawie

Adres e-mail

P.WOJTYSZYN@GMAIL.COM

Podaj adres e-mail – to ułatwi nam kontakt w sprawie

II. Treść wniosku

1. Zwracam się o zwolnienie z obowiązku opłacenia należności z tytułu składek:

- A. ☒ jako płatnik składek, który ma zgłoszonych do ubezpieczeń społecznych innych ubezpieczonych (również siebie)
- B. ☐ jako przedsiębiorca, który opłaca składki wyłącznie na własne ubezpieczenie zdrowotne (o którym mowa w art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców – korzystam z „Ulgi na start”)
- C. ☐ jako płatnik składek będący spółdzielnią socjalną
- D. ☐ jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność opłacająca składki wyłącznie za siebie
- E. ☐ jako osoba duchowna opłacająca składki wyłącznie za siebie i/lub za inne osoby duchowne

2. Oświadczam, że:

- A. ☐ w pierwszym miesiącu, za który jest składany wniosek o zwolnienie z opłacania składek osiągnąłem przychód **niższy** niż 300% prognozowanego przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto w gospodarce narodowej w 2020 r. tj. 15 681 zł
- B. ☐ w pierwszym miesiącu, za który jest składany wniosek o zwolnienie z opłacania składek osiągnąłem przychód **wyższy** niż 300% prognozowanego przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto w gospodarce narodowej w 2020 r. tj. 15 681 zł, a dochód w wysokości **niższej niż 7000 zł**

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

3. Zwracam się o zwolnienie z obowiązku opłacenia należności z tytułu składek za miesiące:

- ☒ marzec 2020 r.
- ☐ kwiecień 2020 r.
- ☐ maj 2020 r.

III. Dodatkowe informacje dotyczące podmiotu

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.

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 ☒

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.

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

1	9	0	6	2	0	2	0		
dd		/		mm		/		rrrr	

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>