

**Wniosek o zwolnienie z obowiązku opłacania składek
w związku z przeciwdziałaniem skutkom wywołanym COVID-19
dla płatników składek prowadzących 30 listopada 2020 r. działalność
w branżach określonych w rozporządzeniu**

Instrukcja wypełniania

Podaj **adres do korespondencji** w tej sprawie.

I. INFORMACJE PODSTAWOWE**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																						
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	<table><tr><td colspan="10"></td></tr></table>																															
Data urodzenia	<table><tr><td>1</td><td>7</td><td>0</td><td>2</td><td>1</td><td>9</td><td>7</td><td>9</td><td colspan="3"></td></tr><tr><td colspan="2">dd</td><td colspan="2">mm</td><td colspan="2">rrrr</td><td colspan="5"></td></tr></table>										1	7	0	2	1	9	7	9				dd		mm		rrrr						
1	7	0	2	1	9	7	9																									
dd		mm		rrrr																												
Imię	<table><tr><td colspan="10">PAWEŁ</td></tr></table>										PAWEŁ																					
PAWEŁ																																
Nazwisko	<table><tr><td colspan="10">WOJTYSZYN</td></tr></table>										WOJTYSZYN																					
WOJTYSZYN																																
Nazwa skrócona	<table><tr><td colspan="10">PAWEŁ WOJTYSZYN</td></tr></table>										PAWEŁ WOJTYSZYN																					
PAWEŁ WOJTYSZYN																																
Ulica	<table><tr><td colspan="10">KARPACKA</td></tr></table>										KARPACKA																					
KARPACKA																																
Numer domu	<table><tr><td colspan="5">23A</td></tr></table>					23A					Numer lokalu	<table><tr><td colspan="5">5</td></tr></table>					5															
23A																																
5																																
Kod pocztowy	<table><tr><td colspan="10">54-617</td></tr></table>										54-617																					
54-617																																
Miejscowość	<table><tr><td colspan="10">WROCŁAW</td></tr></table>										WROCŁAW																					
WROCŁAW																																
Numer telefonu	<table><tr><td colspan="10">503754479</td></tr></table>										503754479																					
503754479																																
Adres e-mail	<table><tr><td colspan="10">P.WOJTYSZYN@GMAIL.COM</td></tr></table>										P.WOJTYSZYN@GMAIL.COM																					
P.WOJTYSZYN@GMAIL.COM																																

☒	Prowadzę jako przeważającą działalność wg PKD	<table><tr><td>7</td><td>9</td><td>1</td><td>2</td><td>Z</td></tr></table>	7	9	1	2	Z	Podaj kod PKD przeważającej działalności na 30 listopada 2020 r.
7	9	1	2	Z				
☐	Prowadzę jako przeważającą działalność leczniczą, polegającą na udzielaniu świadczeń w ramach leczenia uzdrowiskowego, o którym mowa w art. 2 pkt 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych, lub realizowaniu w trybie stacjonarnym rehabilitacji leczniczej wg PKD	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						Podaj kod PKD przeważającej działalności na 30 listopada 2020 r.

Zakres wniosku

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

GRUDZIEŃ 2020 R., STYCZEŃ 2021 R.

2. Oświadczam, że:

- A. na 30 listopada 2020 r. moją przeważającą działalnością jest działalność, której kod PKD podałem w pierwszej części wniosku,
- B. przychód z działalności uzyskany w styczniu 2021 r. był niższy o co najmniej 40% w porównaniu do przychodu uzyskanego w grudniu 2020 r.
- C. w zakresie prowadzonej przeze mnie działalności gospodarczej nie naruszyłem ograniczeń, nakazów i zakazów, ustanowionych w związku z wystąpieniem stanu epidemii, określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 46a i 46b pkt 1–6 i 8–12 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**II. INFORMACJE WYMAGANE PRZY UBIEGANIU SIĘ O POMOC PUBLICZNĄ ZWIĄZANĄ Z ZAPOBIEGANIEM, PRZECIEWDZIAŁANIEM I ZWALCZANIEM COVID-19 ORAZ JEJ SKUTKÓW (zgodnie z formularzem dostępnym na stronie <https://www.uokik.gov.pl>)**

1. Wielkość podmiotu, zgodnie z załącznikiem I do rozporządzenia Komisji (UE) nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r. uznającego niektóre rodzaje pomocy za zgodne z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 107 i 108 Traktatu (Dz. Urz. UE L 187 z 26.06.2014 r., str. 1, z późn. zm.)

☒ mikroprzedsiębiorca ☐ mały przedsiębiorca ☐ średni przedsiębiorca ☐ inny przedsiębiorca

2. Czy podmiot, któremu ma być udzielona pomoc, jest powiązany z innymi przedsiębiorcami zgodnie z załącznikiem I do rozporządzenia Komisji (UE) nr 651/2014?

☐ TAK ☒ NIE

Jeżeli TAK, należy wskazać identyfikator podatkowy NIP wszystkich powiązanych z podmiotem przedsiębiorców:

3. Data utworzenia podmiotu

2	0	0	3	2	0	0	1
dd		mm		rrrr			

INFORMACJE DOTYCZĄCE SYTUACJI EKONOMICZNEJ PODMIOTU, KTÓREMU MA BYĆ UDZIELONA POMOC PUBLICZNA ZGODNIE Z KOMUNIKATEM KOMISJI EUROPEJSKIEJ (2020/C 91 I/01 z 20.03.2020.R.)

4. Czy na dzień 31 grudnia 2019 r.:

- A. w przypadku spółki akcyjnej, spółki z ograniczoną odpowiedzialnością oraz spółki komandytowo-akcyjnej, wysokość niepokrytych strat przewyższała 50% wysokości kapitału zarejestrowanego? ☐ TAK ☐ NIE ☒ NIE DOTYCZY
- B. 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. podmiot spełniał kryteria kwalifikujące go do objęcia postępowaniem upadłościowym?

☐

TAK

☒

NIE

D. w przypadku podmiotu innego niż mikroprzedsiębiorca, mały lub średni przedsiębiorca, w ciągu ostatnich dwóch lat stosunek długów do kapitału własnego był większy niż 7,5 a stosunek zysku operacyjnego powiększonego o amortyzację do odsetek był niższy niż 1?

☐

TAK

☐

NIE

☐

NIE DOTYCZY

5. Czy na dzień ubiegania się o pomoc jest spełniona jedna z przesłanek, o których mowa w punkcie 4?

☐

TAK

☒

NIE

Jeżeli TAK, należy wskazać, która z tych przesłanek jest spełniona

☐

4A

☐

4B

☐

4C

☐

4D

6. Czy na dzień ubiegania się o pomoc podmiot jest objęty postępowaniem upadłościowym?

☐

TAK

☐

NIE

☒

NIE DOTYCZY

7. Czy podmiot otrzymał pomoc na ratowanie, która nie została spłacona, lub pomoc na restrukturyzację i nadal podlega planowi restrukturyzacji?

☐

TAK

☐

NIE

☒

NIE DOTYCZY

INFORMACJE DOTYCZĄCE FORMY PRAWNEJ PODMIOTU, KTÓREMU MA BYĆ UDZIELONA POMOC PUBLICZNA

8. Forma prawna podmiotu

☐

przedsiębiorstwo państwowe

☐

jednoosobowa spółka Skarbu Państwa

☐

jednoosobowa spółka jednostki samorządu terytorialnego, w rozumieniu ustawy z dnia 20 grudnia 1996 r. o gospodarce komunalnej (Dz.U. z 2011 r. Nr 45, poz. 236)

☐

spółka akcyjna albo spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, w stosunku do których Skarb Państwa, jednostka samorządu terytorialnego, przedsiębiorstwo państwowe lub jednoosobowa spółka Skarbu Państwa są podmiotami, które posiadają uprawnienia takie, jak przedsiębiorcy dominujący w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz.U. Nr 50, poz. 331, z późn. zm.)

☐

jednostka sektora finansów publicznych w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz.U. z 2013 r. poz. 885, z późn. zm.)

☒

inna (podać jaka)

osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą (jednoosobowa działalność gospodarcza)

INFORMACJE DOTYCZĄCE JUŻ OTRZYMANEJ POMOCY PUBLICZNEJ ZWIĄZANEJ Z ZAPOBIEGANIEM, PRZECIWDZIAŁANIEM I ZWALCZANIEM EPIDEMII COVID-19 ORAZ JEJ SKUTKÓW LUB NA TO SAMO PRZEDSIĘWZIĘCIE

9. Czy podmiot, któremu ma być udzielona pomoc publiczna otrzymał pomoc spoza ZUS rekompensującą negatywne konsekwencje ekonomiczne z powodu COVID-19?

☐ TAK ☒ NIE

Jeżeli TAK, wskaż ją poniżej:

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

D. podstawę prawną

Podaj np. przepis ustawy, tytuł rozporządzenia oraz numer decyzji lub umowy, na podstawie których została udzielona pomoc.

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

D. podstawę prawną

Podaj np. przepis ustawy, tytuł rozporządzenia oraz numer decyzji lub umowy, na podstawie których została udzielona pomoc.

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

D. podstawę prawną

Podaj np. przepis ustawy, tytuł rozporządzenia oraz numer decyzji lub umowy, na podstawie których została udzielona pomoc.

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

D. podstawę prawną

Podaj np. przepis ustawy, tytuł rozporządzenia oraz numer decyzji lub umowy, na podstawie których została udzielona pomoc.

Data

1	0	0	2	2	0	2	1
dd	/	mm	/	rrrr			