**WNIOSEK
o zwolnienie z obowiązku opłacenia należności z tytułu składek
za marzec - maj 2020 r.**

**Instrukcja wypełniania**

1. Wypełnij WIELKIMI LITERAMI

2. Pola wyboru zaznacz znakiem X

3. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem)

4. Podaj adres do korespondencji w tej sprawie.

5. Jeśli zgłaszasz do ubezpieczeń mniej niż 10 ubezpieczonych  lub wypełniasz wniosek w imieniu takiego płatnika – w bloku II wypełnij pkt 1 i pkt 4

6.  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

7.  Jeśli jesteś osobą duchowną lub wypełniasz wniosek w imieniu takiego płatnika – w bloku II wypełnij  pkt 3.

1. **Dane wnioskodawcy**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

NIP REGON

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

PESEL

 *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 Nazwisko Nazwa skrócona

|  |
| --- |
|  |

Ulica

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

Numer domu Numer lokalu

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

Kod pocztowy MiejscowośćNumer telefonu Adres poczty elektronicznej

*Podaj numer telefonu i adres e-mail – to ułatwi nam kontakt w sprawie*

1. **Treść wniosku**

Na podstawie przepisów ustawy 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

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*

|  |
| --- |
|  |

1. na obowiązkowe ubezpieczeniaemerytalne, 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 składekosiągnąłemprzychód\*\*\***z prowadzenia działalności w wysokości:

|  |
| --- |
|  |

 zł

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

**Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**

|  |
| --- |
|  |

1. 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.

1. **Jeżeli zaznaczyłeś punkt 1 lub 2 wypełnij poniższe:**
	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.)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

*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.*

* 1. **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.)**
1. Czy, w przypadku spółki akcyjnej, spółki z ograniczoną odpowiedzialnością oraz spółki komandytowo-akcyjnej, wysokość niepokrytych strat przewyższała 50% wysokości kapitału zarejestrowanego?¹
2. Czy, w przypadku spółki jawnej, spółki komandytowej, spółki partnerskiej oraz spółki cywilnej, wysokość niepokrytych strat przewyższała 50% wysokości jej kapitału według ksiąg spółki?
3. Czy podmiot spełniał kryteria kwalifikujące go do objęcia postępowaniem upadłościowym?

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

Tak Nie Nie dotyczy

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

Tak Nie Nie dotyczy

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

Tak Nie

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

**4.3Czy podmiot któremu ma być udzielona pomoc publiczna otrzymał już inną pomoc rekompensującąnegatywne konsekwencje ekonomiczne z powodu COVID-19**

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

Tak Nie

**Jeślitak,** należy wskazać:

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

1. wartość pomocy w złotych oraz datę jej otrzymania

*dd / mm / rrrr*

|  |
| --- |
|  |

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

|  |
| --- |
|  |

1. nazwę podmiotu udzielającego pomocy

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

Data

*dd / mm / rrrr Czytelny podpis osoby, która składa wniosek*

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