

## WNIOSEK

### o zwolnienie z obowiązku opłacenia należności z tytułu składek

#### 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 50 ubezpieczonych – w bloku II wypełnij pkt 1 A i pkt 3 oraz blok III
6. 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
7. Jeśli jesteś płatnikiem będącym spółdzielnią socjalną – w bloku II wypełnij pkt 1 C i pkt 3 oraz blok III
8. 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
9. Jeśli jesteś osobą duchowną – w bloku II wypełnij pkt 1 E i pkt 3
10. 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	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
REGON	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
PESEL	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
	Podaj jeśli nie masz numeru NIP i REGON	
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
	Jeśli nie masz numeru PESEL, podaj serię i numer innego dokumentu	
Imię	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Nazwisko	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Nazwa skrócona	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Ulica	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Numer domu	<input style="width: 50%;" type="text"/>	Numer lokalu <input style="width: 50%;" type="text"/>
Kod pocztowy	<input style="width: 50%;" type="text"/>	Miejscowość <input style="width: 50%;" type="text"/>
Numer telefonu	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
	Podaj numer telefonu – to ułatwi nam kontakt w sprawie	
Adres e-mail	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
	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 miesiąc:

- 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.)

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?<sup>1</sup>      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

<sup>1</sup> 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 

--	--	--	--	--	--	--	--

  
**dd / mm / rrrr**

\_\_\_\_\_  
Czytelny podpis osoby, która składa wniosek