[](https://www.google.pl/url?sa=i&url=https://www.zus.pl/o-zus/kalendarium/konferencje/konferencja-naukowa-swiadomosc-ryzyka-a-ryzyko-nieswiadomosci.-jak-uczyc-o-ubezpieczeniach-spolecznych-/o-konferencji&psig=AOvVaw3voKWnuZXcCrQWPmonnNOE&ust=1584348820148000&source=images&cd=vfe&ved=0CAIQjRxqFwoTCLCxxbiNnOgCFQAAAAAdAAAAABAP)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. W bloku II wskaż, za które miesiące zwracasz się o zwolnienie z obowiązku opłacania składek

6. Jeśli zgłaszasz do ubezpieczeń mniej niż 50 ubezpieczonych –wypełnij: w bloku II pkt 1 oraz blok III

7. Jeśli jesteś płatnikiem składek będącym spółdzielnią socjalną – wypełnij: w bloku II pkt 2 oraz blok III

8. Jeśli prowadzisz działalność gospodarczą i opłacasz składki wyłącznie za siebie – w bloku II wypełnij pkt 3 oraz blok III

9. Jeśli jesteś osobą duchowną – w bloku II wypełnij pkt. 4

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 Miejscowość Numer telefonu Adres poczty elektronicznej

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

1. **Treść wniosku**

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

|  |
| --- |
|  |

marzec 2020 r.

|  |
| --- |
|  |

kwiecień 2020 r.

|  |
| --- |
|  |

maj 2020 r.

|  |
| --- |
|  |

1. jako płatnik składek, za \*

\**osoby zgłoszone do ubezpieczeń społecznych (np. za pracowników, osoby współpracujące z osobą prowadzącą pozarolniczą działalność, za osobę prowadzącą pozarolniczą działalność).,*

*Dotyczy płatników którzy rozpoczęli działalność:*

* *przed 1 lutego 2020 r. i na dzień 29 lutego 2020 r.,*
* *od 1 lutego do 29 lutego i na dzień 31 marca 2020 r.,*
* *od 1 marca do 31 marca i na dzień 30 kwietnia 2020 r.,*

*zgłaszali do ubezpieczeń społecznych mniej niż 50 osób (nie liczymy osób zgłoszonych jako pracownik młodociany).*

|  |
| --- |
|  |

**2**. **jako płatnik składek będący**  **spółdzielnią socjalną**

|  |
| --- |
|  |

**3**. **jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność opłacająca składki wyłącznie za siebie**

|  |
| --- |
|  |

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

|  |
| --- |
|  |

**4. jako osoba duchowna opłacająca składki wyłącznie za siebie \*\*\*i/lub za inne osoby duchowne \*\*\*\***

*\*\*\* jeżeli jesteś płatnikiem składek na ubezpieczenia społeczne i ubezpieczenie zdrowotne i zgłosiłeś się z kodem tytułu ubezpieczenia 10 10 albo 10 20*

*\*\*\*\** *jeśli jesteś osobą duchowną i jednocześnie jesteś płatnikiem składek za inne osoby duchowne jako przełożony domu zakonnego lub klasztoru, to korzystasz ze zwolnienia z opłacenia składek za siebie i wszystkie osoby duchowne zgłoszone   
z kodem 10 10 albo 10 20*

1. **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.*

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.)**
2. Czy, w przypadku spółki akcyjnej, spółki z ograniczoną odpowiedzialnością oraz spółki komandytowo-akcyjnej, wysokość niepokrytych strat przewyższała 50% wysokości kapitału zarejestrowanego?¹
3. Czy, w przypadku spółki jawnej, spółki komandytowej, spółki partnerskiej oraz spółki cywilnej, wysokość niepokrytych strat przewyższała 50% wysokości jej kapitału według ksiąg spółki?
4. 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.

1. **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:

|  |
| --- |
|  |

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

*Czytelny podpis osoby, która składa wniosek*

*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>