



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

# Refundacja składek na ubezpieczenia społeczne

- osób niepełnosprawnych prowadzących działalność gospodarczą
- niepełnosprawnych rolników lub rolników zobowiązanych do opłacania składek za niepełnosprawnych domowników

**Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**

Departament ds. Rynku Pracy

Wydział ds. Analiz

al. Jana Pawła II 13

00-828 Warszawa

[www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl)

Redakcja i opracowanie:

**Małgorzata Jaworek, Ilona Figura-Lentas**

Stan prawny na dzień 04.02.2020 r.

Nakład 10 000 egz.

ISBN 978-83-942149-1-3

Warszawa 2020

Skład, łamanie, druk i oprawa:

**ZAPOL Sobczyk Sp.j.**

al. Piastów 42

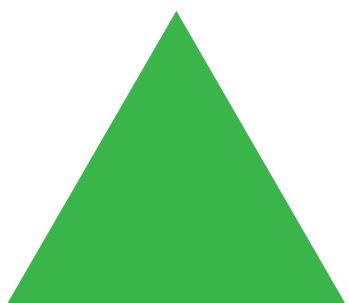
71-062 Szczecin

[www.zapol.com.pl](http://www.zapol.com.pl)



*Niniejsza publikacja – powstała z inicjatywy Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych – zawiera szczegółowe informacje, które mogą być przydatne dla osób ubiegających się o refundację składek na ubezpieczenia społeczne. W broszurze znajdą Państwo wskazówki, jakie warunki należy spełnić, aby otrzymać tego rodzaju pomoc oraz wyjaśnienia zasad uzupełniania dokumentów, składanych w związku z ubieganiem się o wsparcie. Opracowanie to zawiera również istotne rady, dotyczące korzystania z Systemu Obsługi Dofinansowań i Refundacji oraz wzory wniosków i formularzy składanych do PFRON w celu uzyskania refundacji składek.*

*Mamy nadzieję, że publikacja będzie dla Państwa praktycznym przewodnikiem.*



# SPIS TREŚCI

|                                                                                                                                                                |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Artykuł I. Refundacja składek na ubezpieczenia społeczne                                                                                                       | 5  |
| Sekcja 1.01. Podstawy prawne i Beneficjenci pomocy                                                                                                             | 5  |
| Sekcja 1.02. Status osoby niepełnosprawnej                                                                                                                     | 6  |
| Sekcja 1.03. Pomoc de minimis oraz pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie                                                                              | 8  |
| Artykuł II. Refundacja składek ZUS                                                                                                                             | 9  |
| Sekcja 2.01. Warunki ubiegania się o refundację składek ZUS                                                                                                    | 9  |
| Sekcja 2.02. Rejestracja niepełnosprawnego przedsiębiorcy                                                                                                      | 11 |
| Sekcja 2.03. Termin składania wniosku Wn-U-G                                                                                                                   | 13 |
| Sekcja 2.04. Wysokość, termin i sposób wypłaty refundacji składek ZUS                                                                                          | 14 |
| Sekcja 2.05. Jak uzupełnić wniosek Wn-U-G                                                                                                                      | 17 |
| Sekcja 2.06. Jak uzupełnić formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis INF-O-PdM                                                | 24 |
| Sekcja 2.07. Jak uzupełnić formularz informacji przedstawianych przez wnioskodawcę ubiegającego się o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie INF-O-PdR | 38 |
| Artykuł III. Refundacja składek KRUS                                                                                                                           | 41 |
| Sekcja 3.01. Warunki ubiegania się o refundację składek KRUS                                                                                                   | 41 |
| Sekcja 3.02. Rejestracja rolnika                                                                                                                               | 42 |
| Sekcja 3.03. Termin składania wniosku Wn-U-A                                                                                                                   | 44 |
| Sekcja 3.04. Wysokość, termin i sposób wypłaty refundacji składek KRUS                                                                                         | 45 |
| Sekcja 3.05. Jak uzupełnić wniosek Wn-U-A?                                                                                                                     | 47 |
| Sekcja 3.06. Jak uzupełnić formularz informacji przedstawianych przez wnioskodawcę ubiegającego się o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie INF-O-PdR | 53 |
| Artykuł IV. System Obsługi Dofinansowań i Refundacji                                                                                                           | 56 |
| Sekcja 4.01. Zalety korzystania z SODiR                                                                                                                        | 56 |
| Sekcja 4.02. Forma zmiany sposobu wysyłania dokumentów z papierowej na elektroniczną lub wystąpienia o nowe hasło do SODiR                                     | 57 |
| Sekcja 4.03. Rekomendacje techniczne dla aplikacji SODiR on-line                                                                                               | 58 |
| Sekcja 4.04. Generowanie certyfikatu PFRON                                                                                                                     | 58 |
| Sekcja 4.05. Rejestracja certyfikatu kwalifikowanego                                                                                                           | 61 |
| Sekcja 4.06. Przygotowywanie i wysyłanie dokumentów                                                                                                            | 64 |
| Artykuł V. Kontakt z PFRON w sprawie refundacji składek na ubezpieczenia społeczne                                                                             | 71 |
| Artykuł VI. Wzory wniosków i formularzy                                                                                                                        | 74 |

# Artykuł I. Refundacja składek na ubezpieczenia społeczne

## Sekcja 1.01. Podstawy prawne i Beneficjenci pomocy

### Podmioty uprawnione do refundacji składek<sup>1</sup>:

- osoby niepełnosprawne prowadzące działalność gospodarczą – refundacja obowiązkowych składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe;
- niepełnosprawny rolnik lub rolnik zobowiązany do opłacania składek za niepełnosprawnego domownika – refundacja składek na ubezpieczenia społeczne rolników (składki: wypadkowa, chorobowa, macierzyńska, emerytalno-rentowa).

### Podstawy prawne

- Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2019 r., poz. 1172, ze zm.);
- Ustawa z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz.U. z 2018 r., poz. 362, ze zm.);
- Ustawa z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz.U. z 2018 r., poz. 2096, ze zm.);
- Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 stycznia 2009 r. w sprawie refundacji składek na ubezpieczenia społeczne osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2019 r., poz. 1218);
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 29 marca 2010 r. w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis (Dz.U. z 2010 r., Nr 53, poz. 311, ze zm.);
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 11 czerwca 2010 r. w sprawie informacji składanych przez podmioty ubiegające się o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie (Dz.U. z 2010 r., Nr 121, poz. 810, ze zm.);
- Rozporządzenie Komisji (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz.Urz. UE L 352 z 24.12.2013 r., str. 1);

<sup>1</sup> Art. 25a ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2019 r., poz. 1172, ze zm.).

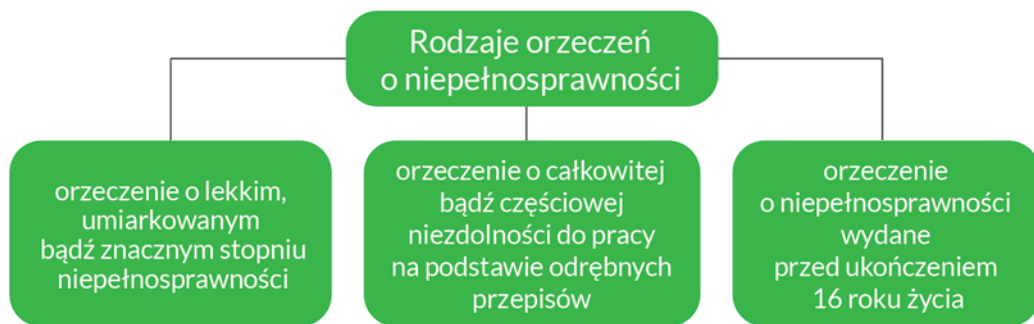
#### Fundusz refunduje:

- 1) osobie niepełnosprawnej wykonującej działalność gospodarczą obowiązkowe składki na ubezpieczenia emerytalne i rentowe do wysokości odpowiadającej wysokości składki, której podstawą wymiaru jest kwota określona w art. 18 ust. 8 oraz w art. 18a ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U. z 2019 r., poz. 300, 303 i 730), z zastrzeżeniem ust. 1a;
  - 2) niepełnosprawnemu rolnikowi lub rolnikowi zobowiązanemu do opłacania składek za niepełnosprawnego domownika, składki na ubezpieczenia społeczne rolników – wypadkowe, chorobowe, macierzyńskie oraz emerytalno-rentowe
- pod warunkiem opłacenia tych składek w całości najpóźniej w dniu złożenia wniosku.

- Rozporządzenie Komisji (UE) nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym (Dz.Urz. UE L 352 z 24.12.2013 r., str. 9, ze zm.);
- Rozporządzenie Komisji (UE) nr 717/2014 z dnia 27 czerwca 2014 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury (Dz.Urz. L 190, z 28.06.2014 r., str. 45).

## Sekcja 1.02. Status osoby niepełnosprawnej

Osobą niepełnosprawną – zgodnie z przepisami ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych<sup>2</sup> – jest osoba, która posiada stosowne orzeczenie. Orzeczenie o niepełnosprawności to dokument, który potwierdza, że dana osoba jest niepełnosprawna. Jest to dokument imienny – wydawany dla jednej, konkretnej osoby.



Od 1 stycznia 1998 r. podstawą do uznania osoby za niepełnosprawną jest wyłącznie orzeczenie wydane przez powiatowy lub wojewódzki zespół do spraw orzekania o niepełnosprawności lub orzeczenie lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Orzeczenia innych organów, wydane po 31 grudnia 1997 r., nie stanowią podstawy do uznania osoby za niepełnosprawną w rozumieniu ustawy o rehabilitacji (...).

Orzeczenia o zaliczeniu do grupy inwalidzkiej, wydane przed 1 stycznia 1998 r., traktuje się na równi z odpowiednim orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności tylko wówczas, jeżeli są one nadal ważne<sup>3</sup>.

<sup>2</sup> Art. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2019 r., poz. 1172, ze zm.).

Ustawa dotyczy osób, których niepełnosprawność została potwierdzona orzeczeniem:

- 1) o zakwalifikowaniu przez organy orzekające do jednego z trzech stopni niepełnosprawności określonych w art. 3, lub
- 2) o całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy na podstawie odrębnych przepisów, lub
- 3) o niepełnosprawności, wydanym przed ukończeniem 16. roku życia – zwanych dalej „osobami niepełnosprawnymi”.

<sup>3</sup> Art. 62 ustawy o rehabilitacji (...).

## Równoważność zapisów stopni niepełnosprawności w obecnym i byłym systemie orzecznictwa

| Stopnie niepełnosprawności orzekane przez powiatowe lub wojewódzkie zespoły do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności | Orzeczenia wydawane przez lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych                                                              | Orzeczenia wydawane przez komisje do spraw inwalidztwa i zatrudnienia | Orzeczenia Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Lekki                                                                                                                       | częściowa niezdolność do pracy                                                                                                            | III grupa inwalidzka                                                  | stała lub długotrwała niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym bez prawa do zasiłku pielęgnacyjnego |
| Umiarkowany                                                                                                                 | częściowa niezdolność do pracy na orzeczeniu wydanym w okresie od 1 stycznia do 16 sierpnia 1998 r.<br><br>całkowita niezdolność do pracy | II grupa inwalidzka                                                   | brak                                                                                                   |
| Znaczny                                                                                                                     | całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji                                                                              | I grupa inwalidzka                                                    | stała lub długotrwała niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym z prawem do zasiłku pielęgnacyjnego  |

Wyjątek stanowi orzeczenie III grupy inwalidztwa wydane przez organy orzecznicze Ministerstwa Obrony Narodowej i organy orzecznicze Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji. Traktowane jest ono jako orzeczenie o braku niepełnosprawności, ponieważ dotyczy osób zdolnych do pracy poza służbą<sup>4</sup>. Zakwalifikowanie do lekkiego stopnia niepełnosprawności może wystąpić tylko wtedy, gdy orzeczenie o III grupie inwalidztwa z tytułu niezdolności do służby mundurowej zawiera równocześnie orzeczenie III grupy inwalidztwa z ogólnego stanu zdrowia.

### **Sekcja 1.03. Pomoc de minimis oraz pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie**

Refundacja składek na ubezpieczenia społeczne jest udzielana osobie niepełnosprawnej prowadzącej działalność gospodarczą jako **pomoc de minimis**<sup>5</sup>. Pomocy tej nie udziela się w przypadku przekroczenia limitów przeznaczonych dla tego rodzaju pomocy w okresie roku bieżącego oraz dwóch lat go poprzedzających.

Limit ten określony jest na poziomie<sup>6</sup>:

- **200 tys. euro** w przypadku osoby niepełnosprawnej wykonującej działalność gospodarczą w sektorze ogólnym innym niż w sektorze transportu drogowego towarów,
- **100 tys. euro** w przypadku osoby niepełnosprawnej wykonującej działalność gospodarczą w sektorze transportu drogowego towarów.

Refundacja składek na ubezpieczenia społeczne niepełnosprawnego rolnika lub rolnika zobowiązanego do opłacania składek za niepełnosprawnego domownika oraz osobie niepełnosprawnej prowadzącej działalność gospodarczą w sektorze rybołówstwa i akwakultury lub w dziedzinie produkcji podstawowej produktów rolnych udzielana jest jako **pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie**<sup>5</sup>. Pomocy tej nie udziela się w przypadku przekroczenia limitów przeznaczonych dla tego rodzaju

<sup>4</sup> Art. 62 ust. 2 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2019 r., poz. 1172, ze zm.) w powiązaniu z art. 20 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 10 grudnia 1993 r. o zaopatrzeniu emerytalnym żołnierzy zawodowych oraz ich rodzin (Dz.U. z 2019 r., poz. 289, ze zm.) oraz art. 20 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 18 lutego 1994 r. o zaopatrzeniu emerytalnym funkcjonariuszy Policji, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu, Służby Kontrwywiadu Wojskowego, Służby Wywiadu Wojskowego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Straży Granicznej, Służby Ochrony Państwa, Państwowej Straży Pożarnej, Służby Celno-Skarbowej i Służby Więziennej oraz ich rodzin (Dz.U. z 2019 r., poz. 288, ze zm.).

<sup>5</sup> § 3 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 stycznia 2009 r. w sprawie refundacji składek na ubezpieczenia społeczne osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2019 r., poz. 1218).

<sup>6</sup> Art. 3 pkt 2 rozporządzenia Komisji (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013, str. 1).

pomocy w okresie roku bieżącego oraz dwóch lat go poprzedzających.

Limit ten określony jest na poziomie:

- **20 tys. euro**<sup>7</sup> dla pomocy de minimis w rolnictwie,
- **30 tys. euro**<sup>8</sup> dla pomocy de minimis w rybołówstwie.

Łączna kwota pomocy de minimis, przyznanej w okresie trzech lat podatkowych przez państwo członkowskie przedsiębiorstwom prowadzącym działalność w zakresie podstawowej produkcji produktów rolnych oraz w sektorze rybołówstwa i akwakultury, nie może również przekroczyć górnego limitu krajowego<sup>9</sup>.

Fundusz jako podmiot udzielający pomocy de minimis bądź pomocy de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie ma obowiązek przekazywać osobie wnioskującej o refundację składek na ubezpieczenia społeczne zaświadczenia potwierdzające ten fakt. W sytuacji, gdy wnioskodawca ubiega się o pomoc de minimis w innych urzędach, powinien przedstawić tym urzędem kopie zaświadczeń wydanych przez PFRON.

PFRON jako organ udzielający pomocy de minimis lub pomocy de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie bada wysokość kwot uzyskanych przez wnioskodawcę w ramach tego rodzaju pomocy. Podstawą dla zbadania wysokości otrzymanej pomocy de minimis jest „Zaświadczenie o pomocy de minimis” zawierające dane o uzyskanych kwotach, np. wysokość pomocy, dane organu udzielającego pomocy, okres, za który została udzielona pomoc itd.

## **Artykuł II. Refundacja składek ZUS**

### **Sekcja 2.01. Warunki ubiegania się o refundację składek ZUS**

Jeżeli chcesz uzyskać z PFRON-u refundację składki emerytalnej i rentowej – musisz spełnić cztery warunki, a mianowicie:

- 1) wykonywać działalność gospodarczą;
- 2) posiadać orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, o którym mowa w ustawie o rehabilitacji;

<sup>7</sup> Art. 3 pkt 2 rozporządzenia Komisji (UE) nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym (Dz.Urz. UE L 352 z 24.12.2013, str. 9) zmieniony przez rozporządzenie Komisji (UE) 2019/316 z dnia 21 lutego 2019 r. zmieniające rozporządzenie (UE) nr 1408/2013 w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym (Dz.Urz. UE L 51 I z 22.02.2019, str. 1).

<sup>8</sup> Art. 3 pkt 2 rozporządzenia Komisji (WE) nr 717/2014 z dnia 27 czerwca 2014 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury (Dz.Urz. L 190, z 28.06.2014, str. 45).

<sup>9</sup> Limity krajowe określone są w załącznikach do rozporządzenia Komisji (UE) nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. oraz rozporządzenia Komisji (WE) nr 717/2014 z dnia 27 czerwca 2014 r.

3) opłacać w całości i terminowo (lub z uchybieniem terminu nieprzekraczającym 14 dni) obowiązkowe składki na ubezpieczenia społeczne (składka emerytalna i rentowa). Naliczania i opłacania składek na ubezpieczenia społeczne osób niepełnosprawnych dokonujesz zgodnie z przepisami ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych. Refundacji **nie podlegają** dobrowolnie opłacane składki emerytalne i rentowe oraz składki sfinansowane ze środków publicznych na podstawie innych przepisów;

4) nie mieć zaległości wobec PFRON-u na więcej niż 100 zł.

Jeżeli wnioskodawca posiada zaległości w zobowiązaniach wobec Funduszu przekraczające ogółem kwotę 100 zł, Prezes Zarządu Funduszu wydaje decyzję o wstrzymaniu refundacji składek na ubezpieczenia społeczne do czasu uregulowania zaległości przez wnioskodawcę. Decyzja podlega wykonaniu z dniem wydania. W przypadku nieuregulowania przez wnioskodawcę zaległości wobec Funduszu do dnia 31 stycznia roku następującego po roku, za który wnioskodawcy przysługuje refundacja, Prezes Zarządu Funduszu wydaje decyzję o odmowie wypłaty refundacji składek na ubezpieczenia społeczne za okres wskazany w decyzji o wstrzymaniu refundacji składek.

Fundusz refunduje osobie niepełnosprawnej wykonującej działalność gospodarczą obowiązkowe składki na ubezpieczenia społeczne, pod warunkiem opłacenia tych składek w całości najpóźniej w dniu złożenia wniosku<sup>10</sup>. Refundacja nie przysługuje, jeżeli składki zostały opłacone z uchybieniem terminów przekraczającym 14 dni<sup>11</sup>.

Składki refundowane nalicza się i opłaca na zasadach określonych w ustawie o systemie ubezpieczeń społecznych. W świetle tej ustawy płatnik może prowadzić działalność np. jako:<sup>12</sup>

- osoba prowadząca działalność gospodarczą na podstawie przepisów ustawy z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców lub innych przepisów szczególnych,
- twórca i artysta,
- osoba prowadząca działalność w zakresie wolnego zawodu,
- wspólnik spółki jawnej, komandytowej lub partnerskiej,
- wspólnik jednoosobowej spółki z o.o.,
- osoba prowadząca publiczną lub niepubliczną szkołę, inną formę

<sup>10</sup> Art. 25a ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2019 r., poz. 1172, ze zm.).

<sup>11</sup> Art. 25a ust. 4 ustawy o rehabilitacji (...).

<sup>12</sup> Art. 8 ust. 6 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U. z 2019 r., poz. 300, ze zm.).

wychowania przedszkolnego, placówkę lub ich zespół na podstawie przepisów ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe.

W przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych ustawodawca posługuje się zamiennie pojęciami prowadzenia i wykonywania działalności. Oznacza to, że osoba taka jest nie tylko osobą wykonującą działalność, ale także płatnikiem składek z tego tytułu.

**Pamiętaj!** Osoba współpracująca z przedsiębiorcą nie jest uznawana za przedsiębiorcę, w związku z tym nie może ubiegać się o refundację składek na ubezpieczenia społeczne ze środków PFRON.

## Sekcja 2.02. Rejestracja niepełnosprawnego przedsiębiorcy

Aby dokonać rejestracji, przekaz osobiście lub pocztą<sup>13</sup> (na adres biura Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa):

1. **Wniosek Wn-U-G**<sup>14</sup>.

2. **Kopie aktualnych dokumentów potwierdzających:**

- pełną i skróconą nazwę wnioskodawcy, o ile posiada,
- imię i nazwisko wnioskodawcy,
- numery PESEL, REGON i NIP wnioskodawcy, o ile ich nadanie wynika z przepisów prawa;

Fundusz weryfikuje, czy dane wykazane we wniosku są zgodne z danymi znajdującymi się w rejestrach publicznych: Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEiDG), Krajowym Rejestrze Sądowym (KRS) oraz rejestrze REGON, prowadzonym przez Główny Urząd Statystyczny. W przypadku ustalenia niezgodności danych wykazanych we wniosku z danymi znajdującymi się w rejestrach publicznych, zostaniesz wezwany do złożenia wyjaśnień i/lub przesłania kopii aktualnych dokumentów potwierdzających wskazane dane.

3. **Formularz informacji składanych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie (INF-O-PdR)**<sup>14</sup> – w przypadku gdy prowadzisz działalność gospodarczą w sektorze rybołówstwa i akwakultury lub w dziedzinie produkcji podstawowej produktów rolnych bądź **formularz informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis (INF-O-PdM)**<sup>14</sup> – w przypadku gdy prowadzisz działalność gospodarczą w pozostałych sektorach.

<sup>13</sup> § 7 ust. 1 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 stycznia 2009 r. w sprawie refundacji składek na ubezpieczenia społeczne osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2019 r., poz. 1218).

<sup>14</sup> Wzór wniosku Wn-U-G, INF-O-PdM, INF-O-PdR oraz pełnomocnictwa dostępny jest na witrynie PFRON ([www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl) zakładka Osoby niepełnosprawne/Dofinansowanie działalności gospodarczej/Refundacja składek ZUS/Formularze dotyczące refundacji składek ZUS).

4. **Kopię aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności, o którym mowa w ustawie o rehabilitacji.**

5. **Pełnomocnictwo**<sup>14</sup> – jeżeli chcesz upoważnić inną osobę do podpisywania i przesyłania dokumentów w swoim imieniu.

Pełnomocnikiem może być wyłącznie osoba fizyczna posiadająca zdolność do czynności prawnych. W celu ustanowienia pełnomocnika możesz skorzystać z wzoru proponowanego przez Fundusz. Pełnomocnictwo powinno być złożone w oryginale. Zamiast oryginału dokumentu możesz złożyć jego odpis, w sytuacji, gdy jego zgodność z oryginałem zostanie poświadczona przez notariusza albo przez pełnomocnika będącego jednocześnie adwokatem, radcą prawnym, rzecznikiem patentowym lub doradcą podatkowym. Pełnomocnictwo może być w każdym czasie odwołane. W przypadku, kiedy nie chcesz, żeby osoba przez Ciebie upoważniona w dalszym ciągu mogła podpisywać i przysyłać dokumenty w Twoim imieniu, a także kontaktować się z PFRON w Twoich sprawach, prześlij do Funduszu odwołanie pełnomocnictwa. Ponadto trzeba pamiętać, że pełnomocnictwo wygasa z chwilą śmierci mocodawcy lub pełnomocnika.

**Uwaga!** Pamiętaj, aby poświadczyć za zgodność z oryginałem kopie dokumentów załączonych do wniosku zgłoszeniowego.

Jeżeli chcesz składać wnioski Wn-U-G w formie elektronicznej, zaznacz pole „wybieram elektroniczną formę składania wniosków” w części „Oświadczenia” na wniosku Wn-U-G. Po złożeniu takiego oświadczenia otrzymasz od Funduszu identyfikator oraz hasło dostępu do programu informatycznego udostępnionego przez Fundusz. W kolejnych miesiącach ubiegania się o refundację będziesz mieć możliwość składania wniosków Wn-U-G oraz ich korygowania w formie elektronicznej. Jeżeli elektroniczne złożenie dokumentu w danym miesiącu jest niemożliwe lub nadmiernie utrudnione, w celu zachowania terminu wyślij wniosek w formie papierowej. Dokumenty zgłoszeniowe dotyczące refundacji składek składasz w formie pisemnej do biura Funduszu mieszczącego się pod adresem:

**Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**

**al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa**

Natomiast kolejne wnioski o refundację składasz do właściwego terytorialnie oddziału PFRON (adresy do oddziałów znajdziesz w ostatniej części broszury).

<sup>14</sup> Wzór wniosku Wn-U-G, INF-O-PdM, INF-O-PdR oraz pełnomocnictwa dostępne są na witrynie PFRON ([www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl) zakładka Osoby niepełnosprawne/Dofinansowanie działalności gospodarczej/Refundacja składek ZUS/Formularze dotyczące refundacji składek ZUS).

## Sekcja 2.03. Termin składania wniosku Wn-U-G

Osoba niepełnosprawna, wykonująca działalność gospodarczą, składa wniosek o wypłatę refundacji składek na ubezpieczenia społeczne w terminie do ostatniego dnia miesiąca<sup>15</sup>, w którym upłynął termin do opłacenia składek na ubezpieczenia społeczne, zgodnie z przepisami o systemie ubezpieczeń społecznych. Pamiętaj, że jeżeli koniec terminu przypada na dzień ustawowo wolny od pracy, za ostatni dzień terminu uważa się najbliższy następny dzień powszedni. Sobota została uznana za dzień równorzędny z dniem ustawowo wolnym od pracy w związku z tym w przypadku, gdy ostatni dzień terminu na złożenie wniosku przypada w sobotę lub w niedzielę, termin ten ulega przesunięciu na najbliższy dzień powszedni.

Wniosek Wn-U-G możesz złożyć po opłaceniu składek, ale nie wcześniej niż w ostatnim dniu okresu sprawozdawczego, którego wniosek dotyczy, np. wniosek Wn-U-G o wypłatę refundacji za październik 2019 r. możesz złożyć najwcześniej 31 października 2019 r. Możesz złożyć wniosek przed upływem okresu sprawozdawczego tylko w sytuacji, gdy dotyczy on okresu do dnia złożenia wniosku, a składki za ten okres zostały opłacone, np. gdy zaprzestałeś wykonywania działalności gospodarczej 12 października 2019 r. i złożyłeś za ten miesiąc wniosek w dniu 15 października 2019 r., wskazując w poz. 19 i 20 wartość 12.

**Terminy złożenia wniosku Wn-U-G w 2020 r. wskazuje poniższa tabela**

| Okres prowadzenia działalności gospodarczej | Termin złożenia Wn-U-G |
|---------------------------------------------|------------------------|
| Styczeń 2020                                | do 2 marca 2020        |
| Luty 2020                                   | do 31 marca 2020       |
| Marzec 2020                                 | do 30 kwietnia 2020    |
| Kwiecień 2020                               | do 1 czerwca 2020      |
| Maj 2020                                    | do 30 czerwca 2020     |
| Czerwiec 2020                               | do 31 lipca 2020       |
| Lipiec 2020                                 | do 31 sierpnia 2020    |
| Sierpień 2020                               | do 30 września 2020    |
| Wrzesień 2020                               | do 2 listopada 2020    |
| Październik 2020                            | do 30 listopada 2020   |
| Listopad 2020                               | do 31 grudnia 2020     |
| Grudzień 2020                               | do 1 lutego 2021       |

<sup>15</sup> § 6 ust. 1 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 stycznia 2009 r. w sprawie refundacji składek na ubezpieczenia społeczne osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2019 r., poz. 1218).

Jeżeli złożyłeś wniosek z przekroczeniem obowiązującego Cię terminu możesz zwrócić się z prośbą o jego przywrócenie<sup>16</sup>. Aby termin na złożenie dokumentu został przywrócony, musisz spełnić trzy poniższe warunki<sup>17</sup>:

- wystąpić z prośbą o przywrócenie terminu w ciągu 7 dni od daty ustania przyczyny przekroczenia terminu na złożenie wniosku;
- uprawdopodobnić, że uchybienie terminu nastąpiło bez Twojej winy;
- dopełnić czynności, dla której termin został przekroczony – czyli złożyć wniosek o refundację składek na ubezpieczenia społeczne za dany miesiąc.

Prośbę o przywrócenie terminu prześlij na adres Funduszu w Warszawie: al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa. W tym celu możesz skorzystać z wzoru wniosku o przywrócenie terminu udostępnionego przez Fundusz<sup>18</sup>.

## **Sekcja 2.04. Wysokość, termin i sposób wypłaty refundacji składek ZUS**

Fundusz refunduje osobie niepełnosprawnej prowadzącej działalność gospodarczą składkę emerytalną i rentową. Wysokość refundacji jest uzależniona od stopnia niepełnosprawności i wynosi:

- 100% kwoty obowiązkowych składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe – gdy posiadasz znaczny stopień niepełnosprawności;
- 60% kwoty obowiązkowych składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe – gdy posiadasz umiarkowany stopień niepełnosprawności;
- 30% kwoty obowiązkowych składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe – gdy posiadasz lekki stopień niepełnosprawności.

W 2020 r. minimalne kwoty składek wyliczone na podstawie art. 18 ust. 8 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych wynoszą:

- 612,19 zł – na ubezpieczenie emerytalne,
- 250,90 zł – na ubezpieczenie rentowe,

a w pierwszych dwóch latach prowadzenia działalności zgodnie art. 18a ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych:

- 152,26 zł – na ubezpieczenie emerytalne,
- 62,40 zł – na ubezpieczenie rentowe.

<sup>16</sup> § 9 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 stycznia 2009 r. w sprawie refundacji składek na ubezpieczenia społeczne osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2019 r., poz. 1218).

<sup>17</sup> Art. 58 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz.U z 2018 r., poz. 2096, ze zm.).

<sup>18</sup> Wzór wniosku o przywrócenie terminu dostępny jest na witrynie PFRON ([www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl) zakładka Osoby niepełnosprawne/Dofinansowanie działalności gospodarczej/Refundacja składek ZUS/Formularze dotyczące refundacji składek ZUS).

W przypadku, gdy opłacasz składki (emerytalne i rentowe) w wysokości innej niż określone powyżej, ubiegając się o refundację składek na ubezpieczenia społeczne, jesteś zobligowany dokonać procentowych wyliczeń należnej kwoty refundacji (poz. 23 druku Wn-U-G), od faktycznie poniesionych do ZUS składek: emerytalnej i rentowej. Zgodnie z objaśnieniem do pozycji 23 w druku Wn-U-G („Należna kwota refundacji”) możesz również pozostawić tę pozycję nieuzupełnioną. Wówczas wyliczenie kwoty do wypłaty nastąpi na podstawie wartości podanych w pozycjach 17–20 i 22 druku<sup>19</sup>. W sytuacji, gdy w danym miesiącu przebywasz na zasiłku chorobowym i w związku z tym płacisz składki na ubezpieczenia społeczne w mniejszej wysokości, wówczas w poz. 17 i 18 wpisz pomniejszone, faktycznie opłacone składki, które zapłaciłeś najpóźniej w dniu złożenia wniosku, a w poz. 19 i 20 wpisz pełną liczbę dni miesiąca, za który składasz wniosek.

**Pamiętaj!** Refundacja składek na ubezpieczenia społeczne wypłacana jest na rachunek bankowy niepełnosprawnego przedsiębiorcy w terminie 14 dni<sup>20</sup> od dnia otrzymania kompletnego i prawidłowo wypełnionego wniosku. Środki z tytułu refundacji składek na ubezpieczenia społeczne przekazywane są wyłącznie na rachunek bankowy niepełnosprawnego przedsiębiorcy wskazany na wniosku Wn-U-G (poz. 24). Fundusz nie przekazuje refundacji przekazem pocztowym.

**Poniższe tabele przedstawiają kwoty refundacji składek  
na ubezpieczenia emerytalne i rentowe w 2020 r., wyliczone  
z uwzględnieniem stopnia niepełnosprawności  
niepełnosprawnego przedsiębiorcy**

**Mały ZUS**

- składka emerytalna – 152,26 zł,
- składka rentowa – 62,40 zł,
- suma składek – 214,66 zł.

| Stopień niepełnosprawności | Wysokość refundacji (zł) |
|----------------------------|--------------------------|
| Znaczny                    | 214,66                   |
| Umiarkowany                | 128,80                   |
| Lekki                      | 64,40                    |

<sup>19</sup> Objaśnienie nr 19 do wniosku Wn-U-G. W odniesieniu do refundacji składek za okresy do maja 2011 r. włącznie: poz. 23 = [(poz. 17 + poz. 18) x poz. 20.1 / poz. 19] – poz. 22. W odniesieniu do refundacji składek za okresy od czerwca 2011 r. włącznie: poz. 23 = [(poz. 17 + poz. 18) x (poz. 20.2 x 1 + poz. 20.3 x 0,6 + poz. 20.4 x 0,3) / poz. 19] – poz. 22. Wnioskodawca może nie wypełniać poz. 23.

<sup>20</sup> Art. 25c ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2019 r., poz. 1172, ze zm.).

## Duży ZUS

- składka emerytalna – 612,19 zł,
- składka rentowa – 250,90 zł,
- suma składek – 863,09 zł.

| Stopień niepełnosprawności | Wysokość refundacji (zł) |
|----------------------------|--------------------------|
| Znaczny                    | 863,09                   |
| Umiarkowany                | 517,85                   |
| Lekki                      | 258,93                   |

PFRON przyznaje refundację składek po weryfikacji danych wykazanych w stosownych wnioskach oraz na podstawie oświadczeń w nich zawartych. Niepełnosprawny przedsiębiorca korzystający z refundacji składek na ubezpieczenia społeczne, zgodnie z obowiązującymi przepisami, ma obowiązek przechowywania dokumentacji pozwalającej na sprawdzenie zgodności przyznanej pomocy z przepisami rozporządzenia przez 10 lat od dnia przyznania pomocy<sup>21</sup>. W związku z powyższym niepełnosprawny przedsiębiorca w przedmiotowym okresie, w przypadku czynności sprawdzających, jest zobowiązany do przedłożenia wszelkich dokumentów potwierdzających zgodność danych wykazanych we wniosku oraz jego załącznikach, a także poświadczających, iż spełniał wszystkie warunki do ubiegania się o określoną pomoc. W przypadku ustalenia przed wypłatą środków, iż niepełnosprawny przedsiębiorca posiada zaległości wobec PFRON powyżej 100 zł, Fundusz wstrzymuje wypłatę refundacji i odmawia wypłaty refundacji<sup>22</sup>. Odmowa wypłaty refundacji następuje również w przypadku braku spełnienia pozostałych przesłanek wynikających z ustawy o rehabilitacji, jak np. opłacenie składek na ubezpieczenia społeczne z uchybieniem przekraczającym 14 dni, a także w przypadku złożenia wniosku przed opłaceniem składek na ubezpieczenia społeczne. W sytuacji ustalenia i potwierdzenia nieprawidłowości po wypłacie środków Fundusz wydaje decyzję nakazującą zwrot wypłaconych środków wraz z odsetkami<sup>23</sup>. Warto jednocześnie wskazać, że ustawa o rehabilitacji poza sankcjami przewiduje również szereg ulg. Na wniosek dłużnika<sup>24</sup> Prezes Zarządu PFRON może:

<sup>21</sup> § 11 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 stycznia 2009 r. w sprawie refundacji składek na ubezpieczenia społeczne osób niepełnosprawnych (Dz.U z 2019 r., poz. 1218).

<sup>22</sup> Art. 25c ust. 6 i 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2019 r., poz. 1172, ze zm.).

<sup>23</sup> Art. 49e ust. 1 oraz ust. 2 ustawy o rehabilitacji (...).

<sup>24</sup> Art. 49f ust. 1 pkt 1 i 2 w związku z art. 49f ust. 3a ustawy o rehabilitacji (...).

- 1) umorzyć w części lub w całości,
- 2) rozłożyć na raty,
- 3) odroczyć termin płatności

należności pieniężnych dotyczących zwrotu środków przyznanych osobie niepełnosprawnej wykonującej działalność gospodarczą z tytułu refundacji składek na ubezpieczenia społeczne – w przypadku uzasadnionym ważnym interesem dłużnika, interesem publicznym, względami gospodarczymi lub społecznymi lub innymi przyczynami zasługującymi na uwzględnienie, w szczególności w razie całkowitej nieściągalności.

## Sekcja 2.05. Jak uzupełnić wniosek Wn-U-G

Wniosek o wypłatę refundacji składek na ubezpieczenia społeczne możesz otrzymać w biurze lub oddziałach terenowych PFRON. Dostępny jest również na stronie internetowej Funduszu w zakładce „Osoby niepełnosprawne”, „Dofinansowanie działalności gospodarczej”, a następnie „Refundacja składek ZUS” i „Formularze dotyczące refundacji składek ZUS”. Wniosek należy wypełnić wyraźnie pismem maszynowym lub ręcznie drukowanymi literami czarnym lub niebieskim kolorem. W pierwszej części wniosku Wn-U-G określona jest podstawa prawna oraz termin składania wniosku, a także informacja, kto składa wniosek i do kogo jest kierowany wniosek. Na odwrocie wniosku znajdują się objaśnienia, które należy uwzględniać przy jego uzupełnianiu. Wzór wniosku Wn-U-G znajdziesz w ostatniej części niniejszej broszury.

**W części A w pozycji 1 Rodzaj dokumentu należy wstawić znak X w odpowiednim polu:**

|                                         |                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                              |  |
|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>Wn-U-G</b>                           | Wniosek osoby niepełnosprawnej wykonującej działalność gospodarczą o wypłatę refundacji składek na ubezpieczenia społeczne                                                                         |                                                                                                                                              |  |
| Podstawa prawna                         | Art. 25c ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 511, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”. |                                                                                                                                              |  |
| Składający                              | Wnioskodawca, o którym mowa w art. 25a ust. 1 pkt 1 ustawy, któremu przysługuje refundacja składek na ubezpieczenia społeczne ze środków PFRON.                                                    |                                                                                                                                              |  |
| Termin składania                        | Do ostatniego dnia miesiąca, w którym upłynął termin do opłacenia składek na ubezpieczenia za dany miesiąc.                                                                                        |                                                                                                                                              |  |
| Adresat                                 | Zarząd Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa.                                                                                           |                                                                                                                                              |  |
| <b>A. Dane o dokumencie<sup>1</sup></b> |                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                              |  |
| 1. Rodzaj dokumentu                     |                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 1. Zgłoszeniowy <input type="checkbox"/> 2. Dotyczący miesięcznej refundacji <input type="checkbox"/> 3. Korygujący |  |

**Zgłoszeniowy** wybierz w przypadku, gdy składasz pierwszy wniosek o refundację składek;

**Dotyczący miesięcznej refundacji** wybierz w przypadku, gdy jest już nadany nr PFRON i składasz kolejny wniosek o refundację składek;

**Korygujący** wybierz w przypadku, gdy jest to korekta wniosku za dany okres sprawozdawczy.

## W części B przedstawiamy Dane ewidencyjne wnioskodawcy.

|                                                 |  |                                               |  |                                           |                                                  |                                    |  |
|-------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------|--|-------------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------|--|
| B. Dane ewidencyjne wnioskodawcy <sup>25</sup>  |  |                                               |  |                                           | 2. Numer w rejestrze PFRON <sup>3</sup><br>_____ |                                    |  |
| 3. NIP <sup>3</sup><br>_____                    |  | 4. NIP płatnika składek <sup>4</sup><br>_____ |  | 5. REGON <sup>5</sup><br>_____            |                                                  | 6. PESEL <sup>3</sup><br>_____     |  |
| 7. Pełna nazwa płatnika składek<br>_____        |  |                                               |  | 8. Nazwisko<br>_____                      |                                                  | 9. Pierwsze imię<br>_____          |  |
| 10. Forma prawna(1) <sup>5</sup><br>_____       |  | 11. Forma prawna(2) <sup>7</sup><br>_____     |  | 12. Forma własności <sup>8</sup><br>_____ |                                                  | 13. Wielkość <sup>9</sup><br>_____ |  |
| 14. Identyfikator adresu <sup>10</sup><br>_____ |  |                                               |  | 15. PKD <sup>11</sup><br>_____            |                                                  |                                    |  |

W **pozycji 2** wpisz numer w rejestrze PFRON jeżeli został nadany wnioskodawcy przed dniem złożenia Wn-U-G.

W **pozycji 3** wpisz numer NIP osoby niepełnosprawnej prowadzącej działalność gospodarczą.

**Pozycję 4** uzupełnij, jeżeli NIP osoby niepełnosprawnej wykonującej działalność gospodarczą jest inny niż NIP płatnika składek podlegających refundacji. Uwzględnia się tu NIP, pod którym niepełnosprawny jest zarejestrowany w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych w celu opłacenia składek na ubezpieczenia społeczne. Niewypełnienie poz. 4 jest równoznaczne ze złożeniem oświadczenia o identyczności NIP osoby wykonującej działalność gospodarczą oraz NIP płatnika składek podlegających refundacji.

W **pozycji 5** wpisz numer REGON, o ile jego nadanie wynika z przepisów prawa. W przypadku posiadania 9-cyfrowego numeru REGON po dziewiątej cyfrze należy wpisać pięć zer.

W **pozycji 6** wpisz numer PESEL, natomiast w **pozycji 7** wpisz pełną nazwę płatnika składek zgodną z danymi wykazanymi w CEIDG lub KRS.

W **pozycjach 8 i 9** wpisz nazwisko i imię wnioskodawcy.

W **pozycji 10** wpisz kod odpowiadający formie prawnej składającego wniosek. Kody podane są w przypisach do druku. W przypadku, gdy niepełnosprawny przedsiębiorca prowadzi działalność jako osoba fizyczna należy wpisać kod 2 – podmiot nienależący do kategorii określonych kodem od 1A do 1D.

W **pozycji 11** podaj kod szczególnej formy prawnej. Należy podać kod szczególnej formy prawnej określony w przepisach dotyczących sposobu i metodologii prowadzenia i aktualizacji rejestru podmiotów gospodarki narodowej. W przypadku, gdy niepełnosprawny przedsiębiorca prowadzi działalność jako osoba fizyczna należy wpisać kod 099. Słownik wszystkich kodów dostępny jest na stronie internetowej PFRON<sup>25</sup>. Podany kod powinien być zgodny z informacjami zawartymi w dokumentach rejestrowych podmiotu.

<sup>25</sup> [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl) zakładka Osoby niepełnosprawne/Dofinansowanie działalności gospodarczej/Refundacja składek ZUS/Formularze dotyczące refundacji składek ZUS/Pytania i odpowiedzi z zakresu wypełniania wniosku Wn-U-G.

W **pozycji 12** forma własności jest określana na podstawie procentowego udziału własności. Kody są określone w przypisie do druku. Wskaż odpowiedni kod odpowiadający własności:

- 1 – Skarbu Państwa,
- 2 – państwowych osób prawnych,
- 3 – jednostek samorządu terytorialnego,
- 4 – krajowych osób fizycznych,
- 5 – pozostałych krajowych jednostek prywatnych,
- 6 – osób zagranicznych.

W przypadku, gdy niepełnosprawny przedsiębiorca prowadzi działalność jako osoba fizyczna należy wpisać kod 4 – własność krajowych osób fizycznych.

W **pozycji 13** należy podać odpowiedni kod określający wielkość przedsiębiorcy. Wielkość przedsiębiorcy zależna jest od liczby zatrudnionych pracowników i rocznych obrotów netto ze sprzedaży towarów, wyrobów, usług oraz operacji finansowych.

Wpisz kod nie poprzedzając go zerem.

- kod 0 – mikroprzedsiębiorstwo – przedsiębiorstwo, które: zatrudnia mniej niż 10 pracowników i jego roczny obrót nie przekracza 2 milionów euro lub całkowity bilans roczny nie przekracza 2 milionów euro;
- kod 1 – małe przedsiębiorstwo – przedsiębiorstwo, które: zatrudnia mniej niż 50 pracowników i jego roczny obrót nie przekracza 10 milionów euro lub całkowity bilans roczny nie przekracza 10 milionów euro;
- kod 2 – średnie przedsiębiorstwo – przedsiębiorstwo, które: zatrudnia mniej niż 250 pracowników i jego roczny obrót nie przekracza 50 milionów euro a/lub całkowity bilans roczny nie przekracza 43 milionów euro.

Wpisując kod należy brać pod uwagę dane na ostatni dzień roku poprzedzającego rok sprawozdawczy. Kody są określone w przypisie do druku. W przypadku, gdy niepełnosprawny przedsiębiorca prowadzi jednoosobową działalność gospodarczą należy wpisać kod 0 – mikroprzedsiębiorca.

W **pozycji 14** podaj pełne, siedmiocyfrowe oznaczenie gminy, na obszarze której składający wniosek ma siedzibę lub miejsce zamieszkania. Identyfikatory i nazwy jednostek podziału terytorialnego kraju dostępne są m.in. na witrynie PFRON lub Głównego Urzędu Statystycznego.

W **pozycji 15** wpisz numer Polskiej Klasyfikacji Działalności (PKD). Podaje się tę klasę działalności, w związku z którą podmiot ubiega się o pomoc de minimis. Jeżeli brak jest możliwości ustalenia jednej takiej działalności, podaj klasę PKD tej działalności, która generuje największy przychód.

**Pamiętaj! Pozycje 3, 5, 6, 8 i 9** – należy obowiązkowo wypełnić na każdym wniosku.

**Pozycje 7, 10, 11, 12, 13, 14, 15** – należy obowiązkowo wypełnić, składając wniosek po raz pierwszy oraz w przypadku zmiany danych. Jeśli Twój wcześniejszy wniosek został rozpatrzony przez PFRON pozytywnie, a Ty nie zmieniasz danych – o których mowa w tych pozycjach – nie musisz ich wypełniać.

**Część C i D formularza Wn-U-G zawiera Informacje o składkach na ubezpieczenia społeczne i stopniu niepełnosprawności oraz Wniosek o wypłatę miesięcznej refundacji składek na ubezpieczenia społeczne.**

| C. Informacja o składkach na ubezpieczenia społeczne i stopniu niepełnosprawności                                                                                                                                                                                                                           |                |                                                                                                                |                               |                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 16. Okres sprawozdawczy <sup>12</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                       |                | 17. Kwota składek na ubezpieczenie emerytalne <sup>13</sup>                                                    |                               | 18. Kwota składek na ubezpieczenie rentowe <sup>13</sup> |
| 1. Miesiąc<br>____                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 2. Rok<br>____ | ____, ____                                                                                                     |                               | ____, ____                                               |
| 19. Liczba dni prowadzenia działalności gospodarczej <sup>14</sup>                                                                                                                                                                                                                                          |                | 20. Liczba dni prowadzenia działalności gospodarczej oraz udokumentowanej niepełnosprawności <sup>15</sup>     |                               |                                                          |
| ____                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                | 1. Ogółem<br>____                                                                                              | 2. W stopniu znacznym<br>____ | 3. W stopniu umiarkowanym<br>____                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                |                                                                                                                | 4. W stopniu lekkim<br>____   |                                                          |
| D. Wniosek o wypłatę miesięcznej refundacji składek na ubezpieczenia społeczne <sup>1</sup>                                                                                                                                                                                                                 |                |                                                                                                                |                               |                                                          |
| 21. Otrzymana pomoc <i>de minimis</i> <sup>16</sup>                                                                                                                                                                                                                                                         |                | 22. Kwota refundacji składek uzyskana ze środków publicznych za miesiąc, którego dotyczy wniosek <sup>17</sup> |                               |                                                          |
| <input type="checkbox"/> 1. Wnioskodawca nie otrzymał pomocy <i>de minimis</i><br><input type="checkbox"/> 2. Wnioskodawca otrzymał pomoc <i>de minimis</i> udzieloną przez PFRON<br><input type="checkbox"/> 3. Wnioskodawca otrzymał pomoc <i>de minimis</i> inną niż udzieloną przez PFRON <sup>18</sup> |                | ____, ____                                                                                                     |                               |                                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                | 23. Należna kwota refundacji <sup>19</sup>                                                                     |                               |                                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                | ____, ____                                                                                                     |                               |                                                          |
| 24. Rachunek bankowy wnioskodawcy, na który będzie przekazywana refundacja <sup>2</sup>                                                                                                                                                                                                                     |                |                                                                                                                |                               |                                                          |
| ____                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                |                                                                                                                |                               |                                                          |

W **pozycji 16** wpisz miesiąc i rok prowadzenia działalności gospodarczej, za który w całości opłacono obowiązkowe składki podlegające refundacji. W **pozycjach 17 i 18** należy wykazać kwoty faktycznie należnych składek opłaconych w całości najpóźniej w dniu złożenia wniosku. Wpisz osobno kwotę ubezpieczenia emerytalnego oraz ubezpieczenia rentowego.

W **pozycji 19** „Liczba dni prowadzenia działalności gospodarczej” wpisz liczbę dni kalendarzowych miesiąca, którego dotyczy wniosek. Liczba dni prowadzenia działalności gospodarczej powinna być zgodna z dokumentami rejestrowymi przedsiębiorcy. Niewypełnienie pozycji 19 jest równoznaczne z prowadzeniem przez składającego wniosek działalności gospodarczej przez wszystkie dni miesiąca.

W **pozycji 20** „Liczba dni prowadzenia działalności gospodarczej oraz udokumentowanej niepełnosprawności” wpisz liczbę dni kalendarzowych w okresie sprawozdawczym, w których wnioskodawca prowadził działalność gospodarczą i jednocześnie jego niepełnosprawność w rozumieniu ustawy o rehabilitacji została potwierdzona ważnym

orzeczeniem. Refundacja składki emerytalnej i rentowej jest wyliczana proporcjonalnie do liczby dni zawartych w pozycji 20. Składki na ubezpieczenia społeczne są refundowane wyłącznie za okres, w którym wnioskodawca ma udokumentowaną niepełnosprawność.

W przypadku, gdy w danym miesiącu przebywasz na zasiłku chorobowym i w związku z tym płacisz składki na ubezpieczenia społeczne w mniejszej wysokości, wówczas w pozycjach 17 i 18 wpisz pomniejszone, faktycznie opłacone składki, które zapłaciłeś najpóźniej w dniu złożenia wniosku, a w pozycjach 19 i 20 wpisz pełną liczbę dni miesiąca, za który składasz wniosek.

**W pozycji 21** zaznacz:

- pole 1, jeżeli nie otrzymałeś pomocy de minimis, pomocy de minimis w rolnictwie lub pomocy de minimis w rybołówstwie;
- pole 2, jeżeli otrzymałeś wyłącznie pomoc de minimis, pomoc de minimis w rolnictwie lub pomoc de minimis w rybołówstwie udzieloną przez PFRON;
- pole 3, jeżeli otrzymałeś w okresie bieżącego roku i dwóch lat poprzedzających rok bieżący pomoc de minimis inną, niż udzieloną przez PFRON.

W przypadku zaznaczenia pola 3 w pozycji 21 musisz załączyć do wniosku Wn-U-G:

- kopię zaświadczenia o uzyskanej pomocy de minimis innej niż udzielona przez PFRON albo
- oświadczenie o wysokości uzyskanej pomocy de minimis.

Każde zaświadczenie lub oświadczenie załącza się jednokrotnie. Załączone oświadczenie o wysokości uzyskanej pomocy de minimis powinno zawierać podstawowe dane dotyczące otrzymanej pomocy, tj.:

- dane organu udzielającego pomocy (nazwa, adres, NIP);
- dane beneficjenta pomocy (nazwa, adres, NIP);
- wysokość pomocy (także w przeliczeniu na euro);
- dzień udzielenia pomocy;
- podstawę prawną udzielenia pomocy oraz okres, za który pomoc została udzielona;
- sektor, w związku z którym pomoc została udzielona.

**W pozycji 22** wpisz kwotę zrefundowanych ze środków publicznych (innych niż refundacja składek z PFRON) składek na ubezpieczenia społeczne: emerytalne i rentowe, które otrzymałeś za miesiąc, którego dotyczy wniosek na podstawie innych przepisów. Niewypełnienie tej pozycji oznacza, że kwota zrefundowanych ze środków publicznych składek na ubezpieczenia społeczne na podstawie odrębnych przepisów wynosi 0. Wypełnienie

pozycji 22 kwotą wyższą niż 0 oznacza, iż „Należna kwota refundacji” będzie niższa o wykazaną w tej pozycji wartość.

**Ważne!** W przypadku, gdy w pozycji numer 22 wniosku Wn-U-G wykażesz wartość wyższą niż 0, musisz wypełnić w zależności od rodzaju prowadzonej działalności:

- punkt 4 w Formularzu informacji przedstawianych przez wnioskodawcę ubiegającego się o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie (INF-O-PdR) lub
- część D w Formularzu informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis (INF-O-PdM). Szczegółowe informacje na temat wypełniania formularzy INF-O-PdM lub INF-O-PdR znajdziesz w dalszej części broszury.

**Pozycji 23** „Należna kwota refundacji” nie musisz uzupełniać. Może ona pozostać pusta. W takiej sytuacji system według wskazanego w objaśnieniu do formularza algorytmu – poz. 23 =  $[(\text{poz. 17} + \text{poz. 18}) \times (\text{poz. 20.2} \times 1 + \text{poz. 20.3} \times 0,6 + \text{poz. 20.4} \times 0,3) / \text{poz. 19}] - \text{poz. 22}$  – wyliczy przysługującą niepełnosprawnemu przedsiębiorcy kwotę refundacji.

W **pozycji 24** należy wpisać numer rachunku bankowego wnioskodawcy, na który będzie przekazywana refundacja. Pozycję 24 należy wypełnić jednokrotnie w przypadku składania Wn-U-G po raz pierwszy oraz w przypadku zmiany rachunku bankowego. Jeśli Twój wcześniejszy wniosek został rozpatrzony przez PFRON pozytywnie, a Ty nie zmieniasz numeru rachunku bankowego, to nie musisz uzupełniać pozycji 24.

**W części E formularza Wn-U-G przedstawiamy Dodatkowe informacje o wnioskodawcy.**

| E. Dodatkowe informacje o wnioskodawcy <sup>2</sup> |             |                           |                        |                          |
|-----------------------------------------------------|-------------|---------------------------|------------------------|--------------------------|
| <b>E.1. Adres</b>                                   |             |                           |                        |                          |
| 25. Ulica                                           | 26. Nr domu | 27. Nr lokalu             | 28. Miejscowość        |                          |
| 29. Kod pocztowy                                    | 30. Poczta  | 31. Telefon <sup>20</sup> | 32. Faks <sup>20</sup> | 33. E-mail <sup>21</sup> |
| 35. Ulica                                           |             | 36. Nr domu               | 37. Nr lokalu          | 38. Miejscowość          |
| 39. Kod pocztowy                                    | 40. Poczta  | 41. Telefon <sup>20</sup> | 42. Faks <sup>20</sup> | 43. E-mail <sup>21</sup> |

W **pozycjach od 25 do 33** (Sekcja E.1.) wpisz adres i dane kontaktowe wnioskodawcy. Pozycje od 35 do 43 wypełnij, jeżeli adres do korespondencji wnioskodawcy jest inny niż adres wykazany w sekcji E.1. lub w przypadku udzielenia pełnomocnictwa obejmującego składanie Wn-U-G. W przypadku ustanowienia pełnomocnictwa w pozycjach od 34 do 43 wskaż imię

i nazwisko oraz adres do korespondencji pełnomocnika. Jednocześnie do wniosku załącz odpowiednie pełnomocnictwo. W razie braku adresu e-mail i numeru telefonu lub faksu pozostaw pole puste.

Pozycje od 25 do 43 należy wypełnić jednokrotnie w przypadku składania wniosku Wn-U-G po raz pierwszy oraz w przypadku zmiany danych. Jeśli Twój wcześniejszy wniosek został rozpatrzony przez PFRON pozytywnie, a Ty nie zmieniasz danych, o których mowa w tych pozycjach, nie musisz ich wypełniać.

Pełnomocnictwo może być w każdym czasie odwołane. W przypadku, kiedy nie chcesz, żeby osoba przez Ciebie upoważniona w dalszym ciągu mogła podpisywać i przysyłać dokumenty w Twoim imieniu, a także kontaktować się z PFRON w Twoich sprawach, prześlij do Funduszu odwołanie pełnomocnictwa.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------|
| Oświadczam że <sup>1</sup><br>• nie posiadam zaległości w zobowiązaniach wobec PFRON w kwocie przekraczającej ogółem 100 zł,<br>• opłaciłem(am) w całości obowiązkowe składki na ubezpieczenia społeczne wykazane we wniosku,<br>• dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym,<br>• jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy,<br>• wybieram <input type="checkbox"/> elektroniczną / <input type="checkbox"/> pisemną formę składania wniosków <sup>4</sup> . |  | 44. Termin do opłacenia składek <sup>25</sup><br>____ |
| 46. Data wypełnienia wniosku <sup>27</sup><br>____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | 45. Data opłacenia składek <sup>26</sup><br>____      |
| 47. Imię, nazwisko i podpis wnioskodawcy lub osoby upoważnionej <sup>28</sup><br>____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | 48. Pieczęć wnioskodawcy <sup>29</sup><br>____        |

W ostatniej części formularza wpisz termin i datę opłacenia składek. W **pozycji 44** wpisz kod dotyczący terminu opłacania składek na ubezpieczenia społeczne:

- 1) jeżeli jesteś zobowiązany do opłacania składek do 10 dnia każdego miesiąca lub
- 2) jeżeli jesteś zobowiązany do opłacania składek do 15 dnia każdego miesiąca.

**W pozycji 45** podaj datę w formacie rok-miesiąc-dzień. W przypadku opłaty bezgotówkowej wpisz dzień obciążenia rachunku bankowego, a w przypadku opłaty gotówkowej wskaż datę wpłaty należności w placówce pocztowej lub innej placówce uprawnionej do poboru opłat.

W przypadku, gdy składasz korektę zerującą, czyli w pozycjach 17 i 18 wniosku W-U-G wpisujesz wartość 0, pozycja 45 może pozostać pusta. Data opłacenia składek w pozycji 45 nie może być późniejsza niż dzień złożenia lub wysłania wniosku. Fundusz refunduje osobie niepełnosprawnej wykonującej działalność gospodarczą obowiązkowe składki na ubezpieczenia społeczne (emerytalną i rentową), pod warunkiem opłacenia tych składek w całości najpóźniej w dniu złożenia wniosku. Ponadto refundacja nie przysługuje, jeżeli składki zostały opłacone z uchybieniem terminów określonych w art. 47 ustawy

o systemie ubezpieczeń społecznych, przekraczającym 14 dni<sup>26</sup>.

**W pozycji 46** należy podać datę wypełnienia wniosku w formacie rok-miesiąc-dzień.

**W pozycji 47** należy wpisać „Imię, nazwisko oraz złożyć podpis wnioskodawcy lub osoby upoważnionej”. Podpisując wniosek w pozycji 47, osoba składająca podpis oświadcza jednocześnie, iż wnioskodawca:

- nie posiada zaległości w zobowiązaniach wobec PFRON w kwocie przekraczającej ogółem 100 zł,
- opłacił w całości obowiązkowe składki na ubezpieczenia społeczne wykazane we wniosku,
- dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym,
- jest świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

Oświadczenie to umożliwia również wybór formy składania wniosków. Jeśli składasz wnioski papierowo, a chciałbyś zmienić formę na elektroniczną, zaznacz właściwy kwadrat i złóż wniosek jak co miesiąc. Na podstawie takiego oświadczenia otrzymasz od PFRON listownie hasło i login do Systemu Obsługi Dofinansowań i Refundacji wraz z informacją jak rozpocząć pracę w systemie. Jeżeli elektroniczne złożenie dokumentu w danym miesiącu jest niemożliwe lub nadmiernie utrudnione, w celu zachowania terminu wyślij wniosek w formie papierowej.

## **Sekcja 2.06. Jak uzupełnić formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis INF-O-PdM**

Refundacja składek na ubezpieczenia społeczne jest udzielana na zasadach pomocy de minimis, określonych w przepisach prawa Unii Europejskiej<sup>27</sup>. Osoba niepełnosprawna prowadząca działalność gospodarczą w sektorach innych niż sektor rybołówstwa i akwakultury lub w dziedzinie produkcji podstawowej produktów rolnych, która ubiega się o refundację składek na ubezpieczenia społeczne, zobowiązana jest do przestania formularza informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis INF-O-PdM wraz z pierwszym składanym w danym roku kalendarzowym wnioskiem bądź korektą wniosku Wn-U-G – liczy się data nadania wniosku. Jeśli Twój wcześniejszy wniosek Wn-U-G z załącznikiem INF-O-PdM

<sup>26</sup> Art. 25a ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2019 r., poz. 1172, ze zm.).

<sup>27</sup> Art. 25c ust. 11 ustawy o rehabilitacji (...).

złożony w danym roku kalendarzowym został rozpatrzony przez PFRON pozytywnie, a Ty nie zmieniasz danych wykazywanych w formularzu INF-O-PdM, to nie musisz załączać formularza INF-O-PdM do kolejno składanych wniosków Wn-U-G w danym roku kalendarzowym. Pamiętaj, że formularz INF-O-PdM przekazujesz w komplecie z wnioskiem lub korektą wniosku Wn-U-G. Nie wysyłaj formularza bez wniosku.

Formularz INF-O-PdM możesz otrzymać w biurze lub oddziałach terenowych PFRON. Dostępny jest również na stronie internetowej Funduszu w zakładce „Osoby niepełnosprawne”, „Dofinansowanie działalności gospodarczej”, a następnie „Refundacja składek ZUS” i „Formularze dotyczące refundacji składek ZUS”.

Formularz INF-O-PdM należy wypełnić wyraźnie pismem maszynowym lub ręcznie drukowanymi literami czarnym lub niebieskim kolorem. Formularz składa się z siedmiu stron. Na ostatniej stronie formularza znajdują się objaśnienia, które należy uwzględnić przy jego uzupełnianiu. Wzór formularza INF-O-PdM znajdziesz w ostatniej części niniejszej broszury.

**W sekcji A formularza należy przedstawić Informacje dotyczące podmiotu, któremu ma być udzielona pomoc de minimis, a w sekcji A1 podaje się Informacje dotyczące współnika spółki cywilnej lub osobowej wnioskującego o pomoc de minimis w związku z działalnością prowadzoną w tej spółce.**

| Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Stosuje się do pomocy de minimis udzielanej na warunkach określonych w rozporządzeniu Komisji (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013, str. 1) |                                                                                                                                                                        |
| <b>A. Informacje dotyczące podmiotu, któremu ma być udzielona pomoc de minimis<sup>1)</sup></b>                                                                                                                                                                                         | <b>A1. Informacje dotyczące współnika spółki cywilnej lub osobowej wnioskującego o pomoc de minimis w związku z działalnością prowadzoną w tej spółce<sup>2)</sup></b> |
| 1) Identyfikator podatkowy NIP podmiotu<br><input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                         | 1a) Identyfikator podatkowy NIP współnika <sup>3)</sup><br><input type="text"/>                                                                                        |
| 2) Imię i nazwisko albo nazwa podmiotu<br><input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                          | 2a) Imię i nazwisko albo nazwa współnika<br><input type="text"/>                                                                                                       |
| 3) Adres miejsca zamieszkania albo adres siedziby podmiotu<br><input type="text"/>                                                                                                                                                                                                      | 3a) Adres miejsca zamieszkania albo adres siedziby współnika<br><input type="text"/>                                                                                   |

Jeżeli o wypłatę refundacji składek wnioskuje osoba niepełnosprawna, prowadząca działalność gospodarczą we własnym imieniu, wyłącznie

w oparciu o wpis w CEIDG, to w **punktach 1–3 części A** należy podać dane dotyczące tej działalności, a część A1 pozostaje pusta. W takiej sytuacji numer NIP osoby niepełnosprawnej prowadzącej działalność gospodarczą wykazany w pozycji 3 wniosku Wn-U-G powinien być tożsamy z numer NIP wykazanym w pozycji 1 części A formularza INF-O-PdM.

W przypadku, kiedy w punktach 1–3 części A formularza jako beneficjent pomocy został wykazany wnioskodawca (osoba niepełnosprawna) i część A1 nie została wypełniona, począwszy od punktu 4 należy podać informacje dotyczące działalności wnioskodawcy, tj. osoby niepełnosprawnej.

**Punkt 1a–3a** części A1 wypełnia się wyłącznie w przypadku, gdy o pomoc de minimis wnioskuje wspólnik spółki cywilnej, jawnej, partnerskiej albo komplementariusz spółki komandytowej albo komandytowo akcyjnej niebędący akcjonariuszem, w związku z działalnością prowadzoną w tej spółce. W tych punktach należy wpisać podstawowe informacje na temat wspólnika (osoby niepełnosprawnej), tj. NIP, imię i nazwisko albo nazwa wspólnika, adres miejsca zamieszkania albo adres siedziby wspólnika. W takiej sytuacji numer NIP osoby niepełnosprawnej (wspólnika) wykazany w pozycji 3 wniosku Wn-U-G powinien być tożsamy z numer NIP wykazanym w pozycji 1a w części A1 formularza INF-O-PdM.

W przypadku, kiedy w punktach 1–3 części A formularza jako beneficjent pomocy została wskazana spółka cywilna, jawna, partnerska, komandytowa, albo komandytowo-akcyjna, począwszy od punktu 4 formularza należy podać informacje dotyczące tej spółki. Takie wypełnienie oznacza, że limit pomocy de minimis na 3 lata jest liczony dla całej spółki i jej wspólników.

4) Identyfikator gminy, w której podmiot ma miejsce zamieszkania albo siedzibę<sup>4)</sup>

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

W **puncie 4** podaj identyfikator gminy, w której podmiot ma miejsce zamieszkania albo siedzibę. Podaj pełne, siedmiocyfrowe oznaczenie gminy, na obszarze której wnioskodawca ma siedzibę lub miejsce zamieszkania. Identyfikatory i nazwy jednostek podziału terytorialnego kraju dostępne są m.in. na witrynie PFRON<sup>28</sup> lub Głównego Urzędu Statystycznego. W przypadku, gdy nie jest wypełniona sekcja A1, identyfikator gminy

<sup>28</sup> [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl) zakładka Osoby niepełnosprawne/Dofinansowanie działalności gospodarczej/Refundacja składek ZUS/Formularze dotyczące refundacji składek ZUS/Pytania i odpowiedzi z zakresu wypełniania wniosku Wn-U-G.

wykazany w pozycji 14 w bieżącym wniosku Wn-U-G (lub w ostatnim poprawnym, w którym pozycja ta była wypełniona) powinien być tożsamy z identyfikatorem gminy wykazany w pozycji 4 części A formularza INF-O-PdM.

5) Forma prawna podmiotu<sup>5)</sup>

☐ 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)

W punkcie 5 „Forma prawna podmiotu” – zaznacz jedną właściwą pozycję znakiem X.

W przypadku zaznaczenia „INNA” podaj jaka np. osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą. W przypadku, gdy nie jest wypełniona sekcja A1, forma prawna podmiotu wykazana w pozycji 11 w bieżącym wniosku Wn-U-G (lub w ostatnim poprawnym, w którym pozycja ta była wypełniona) powinna być tożsamy z formą prawną podmiotu wykazaną w pkt 5 części A formularza INF-O-PdM.

6) 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, str. 1)<sup>5)</sup>

☐ mikroprzedsiębiorca

☐ mały przedsiębiorca

☐ średni przedsiębiorca

☐ inny przedsiębiorca

W punkcie 6 określ 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. W wybranej pozycji wstaw znak X. Zaznacz:

- mikroprzedsiębiorstwo – jeżeli wnioskodawca zatrudnia mniej niż 10 pracowników i jego roczny obrót lub całkowity bilans roczny nie przekracza 2 milionów euro;

- małe przedsiębiorstwo – jeżeli wnioskodawca zatrudnia mniej niż 50 pracowników i jego roczny obrót lub całkowity bilans roczny nie przekracza 10 milionów euro;
- średnie przedsiębiorstwo – jeżeli wnioskodawca zatrudnia mniej niż 250 pracowników i jego roczny obrót nie przekracza 50 milionów euro lub całkowity bilans roczny nie przekracza 43 milionów euro.

Jeśli zatrudnienie i kwoty finansowe w przedsiębiorstwie są większe, zaznacz „inny przedsiębiorca”.

W przypadku, gdy nie jest wypełniona sekcja A1 – wielkość wykazana w poz. 13 w bieżącym wniosku Wn-U-G (lub w ostatnim poprawnym, w którym pozycja ta była wypełniona) powinna być tożsama z wielkością podmiotu wykazaną w pkt 6 formularza INF-O-PdM.

|                                                                                                                                                                                                     |                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| 7) 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.) <sup>(6)</sup> |                      |
| <input type="text"/>                                                                                                                                                                                | <input type="text"/> |
| 8) Data utworzenia podmiotu                                                                                                                                                                         |                      |
| <input type="text"/>                                                                                                                                                                                | <input type="text"/> |
| <input type="text"/>                                                                                                                                                                                | <input type="text"/> |
| Strona 1 z 7                                                                                                                                                                                        |                      |

W **punkcie 7** wpisz klasę PKD zgodną z klasyfikacją z 2007 r. W przypadku posiadania więcej niż jednego kodu PKD, podaj kod dotyczący prowadzonej działalności gospodarczej, w związku z którą wnioskodawca ubiega się o pomoc de minimis. Jeżeli brak jest możliwości ustalenia jednej takiej działalności, podaj klasę PKD tej działalności, która generuje największy przychód. W przypadku, gdy nie jest wypełniona sekcja A1 – klasa PKD wykazana w poz. 15 w bieżącym wniosku Wn-U-G (lub w ostatnim poprawnym, w którym pozycja ta była wypełniona) powinna być tożsama z klasą PKD wykazaną w pkt 7 części A formularza INF-O-PdM.

**Punkt 8** – Data utworzenia podmiotu – wpisz datę rozpoczęcia działalności gospodarczej, w związku z którą wnioskodawca ubiega się o pomoc de minimis.

9) Powiązania z innymi przedsiębiorcami<sup>7)</sup>

Czy pomiędzy podmiotem a innymi przedsiębiorcami istnieją powiązania polegające na tym, że:

- a) jeden przedsiębiorca posiada w drugim większość praw głosu? ☐ tak ☐ nie
- b) jeden przedsiębiorca ma prawo powołać lub odwołać większość członków organu zarządzającego lub nadzorującego innego przedsiębiorcy? ☐ tak ☐ nie
- c) jeden przedsiębiorca ma prawo wywierać dominujący wpływ na innego przedsiębiorcę zgodnie z umową zawartą z tym przedsiębiorcą lub jego dokumentami założycielskimi? ☐ tak ☐ nie
- d) jeden przedsiębiorca, który jest akcjonariuszem lub współnikiem innego przedsiębiorcy lub jego członkiem, zgodnie z porozumieniem z innymi akcjonariuszami, współnikami lub członkami tego przedsiębiorcy, samodzielnie kontroluje większość praw głosu u tego przedsiębiorcy? ☐ tak ☐ nie
- e) przedsiębiorca pozostaje w jakimkolwiek ze stosunków opisanych powyżej poprzez jednego innego przedsiębiorcę lub kilku innych przedsiębiorców? ☐ tak ☐ nie

W przypadku zaznaczenia przynajmniej jednej odpowiedzi twierdzącej, należy podać:

a) identyfikator podatkowy NIP wszystkich powiązanych z podmiotem przedsiębiorców

b) łączną wartość pomocy de minimis udzielonej w bieżącym roku podatkowym oraz w dwóch poprzedzających latach podatkowych wszystkim powiązanym z podmiotem przedsiębiorcom<sup>8)</sup>

W punkcie 9 – Powiązania z innymi przedsiębiorcami – odpowiedź na pytania zawarte w podpunktach od 9a do 9e. Każdy z podpunktów musi mieć zaznaczoną jedną odpowiedź „tak” lub „nie”. W przypadku gdy zaznaczysz chociaż jedną odpowiedź twierdzącą, podaj numer NIP wszystkich powiązanych z wnioskodawcą przedsiębiorców oraz łączną wartość pomocy de minimis udzielonej w bieżącym roku podatkowym oraz w dwóch poprzedzających latach podatkowych wszystkim powiązanym przedsiębiorcom. Wartość pomocy podaj w euro według średniego kursu walut obcych, ogłaszanego przez Narodowy Bank Polski, obowiązującego w dniu udzielenia pomocy. Za powiązane nie uważa się podmiotów, w przypadku których powiązanie występuje wyłącznie za pośrednictwem organu publicznego, np. Skarbu Państwa, jednostki samorządu terytorialnego.

Z rozporządzenia Komisji Europejskiej (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis wynika również, iż Komisja nie uznaje za jedno przedsiębiorstwo podmiotów powiązanych za pośrednictwem osób fizycznych, nieprowadzących działalności gospodarczej, co oznacza, że każde z nich będzie mogło korzystać z odrębnego limitu pomocy de minimis. Jeśli jednak związki między przedsiębiorstwami zachodzą za pośrednictwem osoby fizycznej prowadzącej działalność gospodarczą, to powinny być one traktowane jako jedno przedsiębiorstwo.

10) Informacja o utworzeniu wnioskodawcy w wyniku podziału innego przedsiębiorcy lub połączenia z innym przedsiębiorcą, w tym przez przejęcie innego przedsiębiorcy

Czy podmiot w ciągu bieżącego roku podatkowego oraz w okresie dwóch poprzedzających lat podatkowych:

a) powstał wskutek połączenia się innych przedsiębiorców? ☐ tak ☐ nie

b) przejął innego przedsiębiorcę? ☐ tak ☐ nie

c) powstał w wyniku podziału innego przedsiębiorcy? ☐ tak ☐ nie

W przypadku zaznaczenia odpowiedzi twierdzącej w lit. a) lub b) należy podać:

a) identyfikator podatkowy NIP wszystkich połączonych lub przejętych przedsiębiorców

b) łączną wartość pomocy de minimis udzielonej w bieżącym roku podatkowym oraz w dwóch poprzedzających latach podatkowych wszystkim połączonym lub przejętym przedsiębiorcom<sup>8)</sup>

W przypadku zaznaczenia odpowiedzi twierdzącej w lit. c) należy podać:

a) identyfikator podatkowy NIP przedsiębiorcy przed podziałem

b) łączną wartość pomocy de minimis udzielonej w bieżącym roku podatkowym oraz w dwóch poprzedzających latach podatkowych przedsiębiorcy istniejącemu przed podziałem w odniesieniu do działalności przejmowanej przez podmiot<sup>8)</sup>

Jeśli nie jest możliwe ustalenie, jaka część pomocy de minimis uzyskanej przez przedsiębiorcę przed podziałem przeznaczona była na działalność przejętą przez podmiot, należy podać:

– łączną wartość pomocy de minimis udzielonej w bieżącym roku podatkowym oraz w dwóch poprzedzających latach podatkowych przedsiębiorcy przed podziałem<sup>8)</sup>

– wartość kapitału przedsiębiorcy przed podziałem (w PLN)

– wartość kapitału podmiotu na moment podziału (w PLN)

**W punkcie 10** – Informacja o utworzeniu wnioskodawcy w wyniku podziału innego przedsiębiorcy lub połączenia z innym przedsiębiorcą, w tym przez przejęcie innego przedsiębiorcy – odpowiedź na pytania zawarte w podpunktach od 10a do 10c. Każdy z podpunktów musi mieć zaznaczoną jedną odpowiedź „tak” lub „nie”.

W sytuacji, gdy zaznaczysz:

- odpowiedź twierdzącą w podpunkcie a lub b – podaj identyfikator podatkowy NIP wszystkich połączonych lub przejętych przedsiębiorców oraz łączną wartość pomocy de minimis udzielonej w bieżącym roku podatkowym oraz w dwóch poprzedzających latach podatkowych wszystkim połączonym lub przejętym przedsiębiorcom;
- odpowiedź twierdzącą w podpunkcie c – podaj identyfikator podatkowy NIP przedsiębiorcy przed podziałem oraz łączną wartość pomocy de minimis udzielonej w bieżącym roku podatkowym oraz w dwóch poprzedzających latach podatkowych przedsiębiorcy istniejącemu przed podziałem w odniesieniu do działalności przejmowanej przez Twoje przedsiębiorstwo.

Jeśli nie masz możliwości ustalenia, jaka część pomocy de minimis uzyskanej przez przedsiębiorcę przed podziałem przeznaczona była na działalność przejętą podaj:

- łączną wartość pomocy de minimis udzielonej w bieżącym roku podatkowym oraz w dwóch poprzedzających latach podatkowych przedsiębiorcy przed podziałem,
- wartość kapitału przedsiębiorcy przed podziałem (w PLN),
- wartość kapitału podmiotu na moment podziału (w PLN).

W przypadku udzielenia na wszystkie pytania z podpunktów a–c odpowiedzi przeczącej, wówczas nie uzupełniasz dodatkowych pól w pozycji 10.

### **Uwaga! Punkt 9–10**

Według przepisów wspólnotowych wszystkie podmioty, które są kontrolowane (prawnie lub de facto) przez ten sam podmiot, należy traktować jako jedno przedsiębiorstwo. Na potrzeby kumulacji pomocy de minimis zdefiniowano pojęcie „jednego przedsiębiorstwa”. Zgodnie z nim, za jedno przedsiębiorstwo uznaje się wszystkie przedsiębiorstwa pozostające ze sobą w jednej z następujących relacji:

- jedno przedsiębiorstwo posiada w drugim przedsiębiorstwie większość praw głosu akcjonariuszy lub udziałowców;
- jedno przedsiębiorstwo ma prawo wyznaczyć lub odwołać większość członków organu administracyjnego, zarządzającego lub nadzorczego innego przedsiębiorstwa;
- jedno przedsiębiorstwo ma prawo wywierać dominujący wpływ na inne przedsiębiorstwo zgodnie z umową zawartą z tym przedsiębiorstwem lub postanowieniami w jego akcie założycielskim lub umowie spółki;
- jedno przedsiębiorstwo, które jest akcjonariuszem lub udziałowcem innego przedsiębiorstwa, samodzielnie kontroluje, zgodnie z porozumieniem z innymi akcjonariuszami lub udziałowcami tego przedsiębiorstwa, większość praw głosu akcjonariuszy lub udziałowców tego przedsiębiorstwa;
- przedsiębiorstwo pozostaje w jakimkolwiek ze stosunków opisanych powyżej poprzez jedno inne przedsiębiorstwo lub kilka innych przedsiębiorstw.

W przypadku wystąpienia jednego z wyżej wymienionych powiązań między dwoma lub więcej podmiotami powinny być one traktowane jako „jedno przedsiębiorstwo”, któremu przysługuje jeden limit pomocy de minimis. Mając powyższe na uwadze, zobowiązano wnioskodawców ubiegających się o pomoc de minimis do przedstawiania informacji

o ich powiązaniach z innymi przedsiębiorstwami. Należy pamiętać, że również przedsiębiorstwa przejęte lub połączone traktuje się jako jedno przedsiębiorstwo, a w przypadku podziału, pomoc de minimis uzyskana przez przedsiębiorstwo przed podziałem, powinna być właściwie przydzielona podmiotom po podziale.

**W sekcji B przedstawia się Informacje dotyczące sytuacji ekonomicznej podmiotu, któremu ma być udzielona pomoc de minimis.**

Osoby niepełnosprawne ubiegające się o refundację składek na ubezpieczenia społeczne **nie uzupełniają** sekcji B, ponieważ rozporządzenie Komisji Europejskiej (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. nie wyklucza możliwości udzielania pomocy de minimis przedsiębiorcom znajdującym się w trudnej sytuacji ekonomicznej.

| B. Informacje dotyczące sytuacji ekonomicznej podmiotu, któremu ma być udzielona pomoc de minimis <sup>9)</sup>                                                               |                              |                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| 1) Czy podmiot spełnia kryteria kwalifikujące go do objęcia postępowaniem upadłościowym?                                                                                      | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie                                         |
| 2) Czy podmiot będący przedsiębiorcą innym niż mikro-, mały lub średni znajduje się w sytuacji gorszej niż sytuacja kwalifikująca się do oceny kredytowej B- <sup>10)</sup> ? | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie<br><input type="checkbox"/> nie dotyczy |
| 3) Czy w odniesieniu do okresu ostatnich 3 lat poprzedzających dzień wystąpienia z wnioskiem o udzielenie pomocy de minimis:                                                  |                              |                                                                      |
| a) podmiot odnotowuje rosnące straty?                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie                                         |
| b) obroty podmiotu maleją?                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie                                         |
| c) zwiększeniu ulegają zapasy podmiotu lub niewykorzystany potencjał do świadczenia usług?                                                                                    | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie                                         |
| d) podmiot ma nadwyżki produkcji <sup>11)</sup> ?                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie                                         |
| e) zmniejsza się przepływ środków finansowych?                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie                                         |
| f) zwiększa się suma zadłużenia podmiotu?                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie                                         |
| g) rosną kwoty odsetek od zobowiązań podmiotu?                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie                                         |
| h) wartość aktywów netto podmiotu zmniejsza się lub jest zerowa?                                                                                                              | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie                                         |
| i) zaistniały inne okoliczności wskazujące na trudności w zakresie płynności finansowej?                                                                                      | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie                                         |
| Jeśli tak, należy wskazać jakie:                                                                                                                                              |                              |                                                                      |
| <div></div>                                                                                                                                                                   |                              |                                                                      |
| Strona 3 z 7                                                                                                                                                                  |                              |                                                                      |

**W sekcji C przedstawia się Informacje dotyczące działalności gospodarczej prowadzonej przez podmiot, któremu ma być udzielona pomoc de minimis.** W części C formularza deklarujesz, czy wnioskodawca prowadzi działalność gospodarczą, w związku z którą ubiega się o pomoc de minimis w określonych sektorach. Pomoc de minimis nie może być udzielona podmiotom prowadzącym działalność gospodarczą w sektorach takich jak:

- rybołówstwo i akwakultura oraz
- w dziedzinie produkcji podstawowej produktów rolnych.

Jeżeli wnioskodawca prowadzi działalność gospodarczą wyłącznie w jednym z tych sektorów, to może ubiegać się o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie. W tej sytuacji do składanego wniosku o refundację składek na ubezpieczenia społeczne dołącza formularz INF-O-PdR. Szczegóły dotyczące uzupełniania formularza INF-O-PdR znajdziesz w dalszej części broszury. Jeśli jednak wnioskodawca prowadzi działalność gospodarczą w sektorze transportu drogowego towarów lub sektorze ogólnym (tj. innym niż rybołówstwo i akwakultura oraz w dziedzinie produkcji podstawowej produktów rolnych), w związku z którym ubiega się o pomoc oraz dodatkowo prowadzi działalność w rybołówstwie, akwakulturze lub w dziedzinie produkcji podstawowej produktów rolnych wraz z wnioskiem Wn-U-G należy złożyć formularz INF-O-PdM.

### C. Informacje dotyczące działalności gospodarczej prowadzonej przez podmiot, któremu ma być udzielona pomoc de minimis

Czy podmiot, któremu ma być udzielona pomoc de minimis, prowadzi działalność:

- |                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                      |                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------|
| 1) w sektorze rybołówstwa i akwakultury <sup>12)</sup> ?                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> tak         | <input type="checkbox"/> nie |
| 2) w dziedzinie produkcji podstawowej produktów rolnych wymienionych w załączniku I do Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej?                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> tak         | <input type="checkbox"/> nie |
| 3) w dziedzinie przetwarzania i wprowadzania do obrotu produktów rolnych wymienionych w załączniku I do Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej?                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> tak         | <input type="checkbox"/> nie |
| 4) w sektorze drogowego transportu towarów?                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> tak         | <input type="checkbox"/> nie |
| Jeśli tak, to czy wnioskowana pomoc będzie przeznaczona na nabycie pojazdów wykorzystywanych do świadczenia usług w zakresie drogowego transportu towarów?                                                                                                                | <input type="checkbox"/> tak         | <input type="checkbox"/> nie |
| 5) Czy wnioskowana pomoc de minimis przeznaczona będzie na działalność wskazaną w pkt 1-4?                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> tak         | <input type="checkbox"/> nie |
| 6) W przypadku zaznaczenia odpowiedzi twierdzącej w pkt 1, 2 lub 4 czy zapewniona jest rozdzielnosc rachunkowa <sup>13)</sup> uniemożliwiająca przeniesienie na wskazaną w tych punktach działalność korzyści wynikających z uzyskanej pomocy de minimis (w jaki sposób)? | <input type="checkbox"/> tak         | <input type="checkbox"/> nie |
|                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> nie dotyczy |                              |

## **Uwaga!**

- Na pytania od 1 do 4 obligatoryjnie należy udzielić odpowiedzi: „tak” lub „nie”;
- Jeśli na pytanie 4 zostanie udzielona odpowiedź „tak”, to należy udzielić odpowiedzi na pytanie dodatkowe w pkt. 4;
- Na pytanie 5 należy obligatoryjnie udzielić odpowiedzi „tak” lub „nie” w przypadku zaznaczenia co najmniej jednej odpowiedzi twierdzącej („tak”) w pkt. od 1 do 4;
- Na pytanie 6 należy udzielić odpowiedzi „tak”, „nie” w przypadku zaznaczenia odpowiedzi twierdzącej w pkt. 1, 2, 4, a „nie dotyczy” w pozostałych przypadkach;
- Jeżeli na pytanie 6 została udzielona odpowiedź „tak”, należy wyjaśnić w jaki sposób zapewniona jest rozdzielnosc rachunkowa.

Rozdzielność rachunkowa określonej działalności gospodarczej polega na:

- prowadzeniu odrębnej ewidencji dla tej działalności gospodarczej oraz
- prawidłowym przypisywaniu przychodów i kosztów na podstawie konsekwentnie stosowanych i mających obiektywne uzasadnienie metod, a także
- określeniu w dokumentacji zasad prowadzenia odrębnej ewidencji oraz metod przypisywania kosztów i przychodów.

**Pamiętaj!** Na podstawie klasy PKD wykazanej w punkcie 7 części A, organ udzielający pomocy ustala, czy pomoc de minimis w oparciu o przepisy rozporządzenia Komisji Europejskiej (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. może być udzielona oraz sektor działalności, do którego pomoc zostanie zakwalifikowana (w tym właściwy rodzaj dokumentu, tj. INF-O-PdM bądź INF-O-PdR), zaś na podstawie informacji zawartych w części C ustala, jaki jest dopuszczalny limit pomocy de minimis dla wnioskodawcy. Weryfikacji poprawności wypełnienia części A7 i C można dokonać na podstawie danych dostępnych w rejestrach publicznych, tj. CEIDG, REGON oraz KRS.

Pomocy de minimis nie udziela się w przypadku, gdy jej wartość brutto łącznie z wartością innej pomocy de minimis, otrzymanej w okresie bieżącego roku kalendarzowego i poprzedzających go dwóch lat, spowodowałaby przekroczenie kwoty:

- 200 tys. euro,
- 100 tys. euro w sektorze transportu drogowego towarów.

Natomiast 3-letnie limity dla sektora w rybołówstwie lub rolnictwie są następujące:

- 30 tys. euro w rybołówstwie,
- 20 tys. euro w rolnictwie.

Pamiętaj, że jeśli ubiegasz się o pomoc de minimis z sektora ogólnego, np. handel detaliczny (tj. innego niż transport drogowy, rolnictwo lub rybołówstwo), ale wykonujesz działalność gospodarczą także w transporcie drogowym, rolnictwie i rybołówstwie, a nie masz rozdzielności rachunkowej – to limit jaki Ci przysługuje to 20 tys. euro.

## Przykłady

1. Osoba niepełnosprawna prowadzi działalność gospodarczą wyłącznie w sektorze ogólnym, np. „sprzedaż detaliczna wyrobów tekstylnych prowadzona w wyspecjalizowanych sklepach”.  
W punkcie 7 części A należy wykazać kod PKD należący do sektora ogólnego, czyli w tym przypadku 4751.  
Na pytania od 1 do 4 w sekcji C należy udzielić odpowiedzi „nie”. Odpowiedź na pytania 5 i 6 jest bez znaczenia. Limit 200 000 euro.
2. Osoba niepełnosprawna prowadzi działalność gospodarczą wyłącznie w sektorze drogowego transportu towarów.  
W punkcie 7 części A należy wykazać kod PKD należący do sektora drogowego transportu towarów, tj. 4941. Na pytanie od 1 do 3 w sekcji C należy udzielić odpowiedzi „nie”, a na pytanie 4 odpowiedzi „tak”. Poza tym należy udzielić odpowiedzi na pytanie dodatkowe w punkcie 4. **Uwaga!** Odpowiedź „tak” na pytania dodatkowe w punkcie 4 wyklucza możliwość udzielenia pomocy, gdyż pomoc de minimis nie może być przeznaczona na nabycie pojazdów wykorzystywanych do świadczenia usług w zakresie transportu drogowego towarów. Na pytanie 5 należy udzielić odpowiedzi „tak”, a na pytanie 6 „tak” lub „nie”. Limit pomocy 100 000 euro.
3. Osoba niepełnosprawna prowadzi działalność gospodarczą w sektorze ogólnym, np. „sprzedaż detaliczna wyrobów tekstylnych prowadzona w wyspecjalizowanych sklepach” oraz sektorze rolnictwa i ubiega się o refundację z tytułu prowadzenia działalności w sektorze ogólnym. Dodatkowo ma rozdzielność rachunkową.  
W punkcie 7 części A należy wykazać kod PKD należący do sektora ogólnego, czyli w tym przypadku 4751. Na pytanie 2 w sekcji C należy zaznaczyć odpowiedź „tak”, na pytania 1, 3–4 odpowiedź „nie”, na pytanie 5 odpowiedź „nie” i na pytanie 6 odpowiedź „tak”. Limit pomocy: 200 000 euro. **Uwaga!** Jeżeli jednak osoba niepełnosprawna nie ma rozdzielności rachunkowej na pytanie 6 należy udzielić odpowiedzi „nie”, a dopuszczalny limit pomocy to 20 000 euro.

W sekcji D przedstawia się Informacje dotyczące pomocy otrzymanej w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie których ma być przeznaczona pomoc de minimis.

D. Informacje dotyczące pomocy otrzymanej w odniesieniu do tych samych kosztów, na pokrycie których ma być przeznaczona wnioskowana pomoc de minimis

Czy wnioskowana pomoc de minimis zostanie przeznaczona na pokrycie dających się zidentyfikować kosztów?

☐ tak☐ nie

Jeśli tak, czy na pokrycie tych samych kosztów, o których mowa powyżej, podmiot otrzymał pomoc inną niż pomoc de minimis?

☐ tak☐ nie

Jeśli tak, należy wypełnić poniższą tabelę<sup>14)</sup> w odniesieniu do ww. pomocy innej niż de minimis oraz pomocy de minimis na te same koszty.

| Lp. | Dzień udzielenia pomocy | Podmiot udzielający pomocy | Podstawa prawna udzielenia pomocy |                        | Forma pomocy | Wartość otrzymanej pomocy |        | Przeznaczenie pomocy |
|-----|-------------------------|----------------------------|-----------------------------------|------------------------|--------------|---------------------------|--------|----------------------|
|     | 1                       | 2                          | informacje podstawowe             | informacje szczegółowe | 4            | nominalna                 | brutto | 6                    |
|     |                         |                            | 3a                                | 3b                     |              | 5a                        | 5b     |                      |
| 1   |                         |                            |                                   |                        |              |                           |        |                      |
| 2   |                         |                            |                                   |                        |              |                           |        |                      |
| 3   |                         |                            |                                   |                        |              |                           |        |                      |
| 4   |                         |                            |                                   |                        |              |                           |        |                      |
| 5   |                         |                            |                                   |                        |              |                           |        |                      |
| 6   |                         |                            |                                   |                        |              |                           |        |                      |
| 7   |                         |                            |                                   |                        |              |                           |        |                      |
| 8   |                         |                            |                                   |                        |              |                           |        |                      |
| 9   |                         |                            |                                   |                        |              |                           |        |                      |
| 10  |                         |                            |                                   |                        |              |                           |        |                      |

W części D zostały zawarte dwa pytania, a od odpowiedzi na nie uzależniona jest konieczność wypełnienia tabeli. W związku z tym, iż refundacja składek na ubezpieczenia społeczne jest pomocą de minimis, przeznaczoną na pokrycie dających się zidentyfikować kosztów, na pytanie nr 1 należy udzielić odpowiedzi „tak”. Pytanie nr 2 jest natomiast powiązane z pozycją 22 na wniosku Wn-U-G „Kwota refundacji składek uzyskana ze środków publicznych za miesiąc, którego dotyczy wniosek”. Jeśli zatem w pozycji 22 na Wn-U-G zostanie wykazana pomoc, to na pytanie 2 należy udzielić odpowiedzi „tak”. Wówczas kwotę tę oraz wszystkie dane dotyczące tej pomocy (tj. dzień udzielenia pomocy, podmiot udzielający pomocy, podstawę prawną udzielenia pomocy, formę pomocy, wartość otrzymanej pomocy oraz przeznaczenie pomocy) wykaż w tabeli w sekcji D załącznika. Szczegółowe informacje dotyczące uzupełniania tabeli w części D – w przypadku otrzymania pomocy z innych źródeł do tych samych kosztów, tj. składek na ubezpieczenia społeczne – znajdziesz w instrukcji stanowiącej odrębną część formularza.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Jeżeli w tabeli wykazano otrzymaną pomoc inną niż pomoc de minimis, należy dodatkowo wypełnić pkt 1-8 poniżej:</p> <p>1) opis przedsięwzięcia:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div> <p>2) koszty kwalifikujące się do objęcia pomocą w wartości nominalnej i zdyskontowanej oraz ich rodzaje:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div> <p>3) maksymalna dopuszczalna intensywność pomocy:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <p>4) intensywność pomocy już udzielonej w związku z kosztami, o których mowa w pkt 2:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <p>5) lokalizacja przedsięwzięcia:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div> <p>6) cele, które mają być osiągnięte w związku z realizacją przedsięwzięcia:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div> <p>7) etapy realizacji przedsięwzięcia:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div> <p>8) data rozpoczęcia i zakończenia realizacji przedsięwzięcia:</p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Jednocześnie w przypadku, gdy uzupełniasz tabelę pomocą inną niż de minimis uzupełnij również opis przedsięwzięcia, na realizację którego pomoc została udzielona (pkt 1–8 znajdujące się w sekcji D na stronie 6).

| E. Informacje dotyczące osoby upoważnionej do przedstawienia informacji |                                        |
|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| Imię i nazwisko<br><input type="text"/>                                 | Numer telefonu<br><input type="text"/> |
| Stanowisko służbowe<br><input type="text"/>                             | Data i podpis<br><input type="text"/>  |

Strona 6 z 7

**W sekcji E przedstawia się Informacje dotyczące osoby upoważnionej do przedstawienia informacji.** Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis zawierający wszystkie części musi być podpisany przez wnioskodawcę lub osobę upoważnioną przez wnioskodawcę pisemnym pełnomocnictwem dostarczoną do Funduszu.

### **Sekcja 2.07. Jak uzupełnić formularz informacji przedstawianych przez wnioskodawcę ubiegającego się o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie INF-O-PdR**

Refundacja składek na ubezpieczenia społeczne jest udzielana na zasadach pomocy de minimis, określonych w przepisach prawa Unii Europejskiej<sup>29</sup>. Osoba niepełnosprawna, prowadząca działalność gospodarczą w sektorach rybołówstwa i akwakultury lub w dziedzinie produkcji podstawowej produktów rolnych, która ubiega się o refundację składek na ubezpieczenia społeczne, zobowiązana jest do przesłania formularza informacji składanych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie INF-O-PdR wraz z pierwszym składanym w danym roku kalendarzowym wnioskiem bądź korektą wniosku Wn-U-G – liczy się data nadania wniosku. Jeśli Twój wcześniejszy wniosek Wn-U-G z załącznikiem INF-O-PdR złożony w danym roku kalendarzowym został rozpatrzony przez PFRON pozytywnie, a Ty nie zmieniasz danych wykazywanych w formularzu INF-O-PdR, to nie musisz załączać formularza INF-O-PdR do kolejno składanych wniosków Wn-U-G w danym roku kalendarzowym. Pamiętaj, że formularz INF-O-PdR przekazujesz w komplecie z wnioskiem lub korektą wniosku Wn-U-G. Nie wysyłaj formularza bez wniosku.

<sup>29</sup> Art. 25c ust. 11 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2019 r., poz. 1172, ze zm.).

Formularz INF-O-PdR możesz otrzymać w biurze lub oddziałach terenowych PFRON. Dostępny jest również na stronie internetowej Funduszu w zakładce „Osoby niepełnosprawne”, „Dofinansowanie działalności gospodarczej”, a następnie „Refundacja składek ZUS” i „Formularze dotyczące refundacji składek ZUS”. Wzór formularza INF-O-PdR znajdziesz w ostatniej części niniejszej broszury. Formularz INF-O-PdR należy wypełnić wyraźnie pismem maszynowym lub ręcznie drukowanymi literami czarnym lub niebieskim kolorem.

## **FORMULARZ INFORMACJI PRZEDSTAWIANYCH PRZEZ WNIOSKODAWCĘ**

1) Imię i nazwisko albo firma wnioskodawcy

2) Miejsce zamieszkania i adres albo siedziba i adres wnioskodawcy

### **Punkt 1. Imię i nazwisko albo firma wnioskodawcy.**

Podaj imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej prowadzącej działalność gospodarczą w sektorach rybołówstwa i akwakultury lub w dziedzinie produkcji podstawowej produktów rolnych, ubiegającej się o refundację składek na ubezpieczenia społeczne.

### **Punkt 2. Miejsce zamieszkania i adres albo siedziba i adres wnioskodawcy.**

Podaj pełen adres ubiegającego się o refundację składek na ubezpieczenia społeczne.

3) Rodzaj prowadzonej działalności, w związku z którą ubiega się o pomoc\*):

.....  
działalność w rolnictwie

.....  
działalność w rybołówstwie

### **Punkt 3. Rodzaj prowadzonej działalności, w związku z którą ubiega się o pomoc.**

Zakreśl wyłącznie jedną z dwóch rodzajów działalności: w rolnictwie lub w rybołówstwie, w związku z którą wnioskodawca ubiega się o pomoc w postaci refundacji składek na ubezpieczenia społeczne.

4) Informacja o otrzymanej pomocy publicznej w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na których pokrycie ma być udzielona pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie

| Lp. | Dzień udzielenia pomocy <sup>1)</sup> | Podstawa prawna <sup>2)</sup> | Wartość pomocy <sup>3)</sup> | Forma pomocy <sup>4)</sup> | Przeznaczenie pomocy <sup>5)</sup> |
|-----|---------------------------------------|-------------------------------|------------------------------|----------------------------|------------------------------------|
| 1   |                                       |                               |                              |                            |                                    |
| 2   |                                       |                               |                              |                            |                                    |
| 3   |                                       |                               |                              |                            |                                    |
| 4   |                                       |                               |                              |                            |                                    |
| 5   |                                       |                               |                              |                            |                                    |

**Punkt 4. Informacja o otrzymanej pomocy publicznej w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na których pokrycie ma być udzielona pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie.**

Jeżeli wnioskodawca otrzymał pomoc publiczną do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, tj. składek na ubezpieczenia społeczne osób niepełnosprawnych prowadzących działalność gospodarczą w sektorach rybołówstwa i akwakultury, lub w dziedzinie produkcji podstawowej produktów rolnych, ze źródeł innych niż Fundusz (innych niż na podstawie art. 25a ustawy o rehabilitacji) wykaż otrzymaną kwotę w składanym wniosku Wn-U-G (poz. 22) oraz w tabeli (punkt 4) formularza INF-O-PdR składanego przez wnioskodawcę.

W przypadku otrzymania przez wnioskodawcę pomocy publicznej do składek, o których refundację ubiegasz się z Funduszu za dany miesiąc, w składanym formularzu wykaż dane dotyczące otrzymanej pomocy, tj.:

- dzień udzielenia pomocy (wynikający z decyzji lub umowy);
- podstawę prawną pomocy (tytuł aktu prawnego stanowiącego podstawę do udzielenia pomocy);
- wartość pomocy (wartość pomocy jako ekwiwalent dotacji brutto określony w decyzji lub umowie);
- formę pomocy (forma otrzymanej pomocy, tj. dotacja, dopłaty do oprocentowania kredytów, zwolnienie lub umorzenie z podatku lub opłat, refundacje w całości lub części, inne);
- przeznaczenie pomocy (wskaż czy koszty, które zostały objęte pomocą, dotyczą inwestycji w gospodarstwie rolnym lub rybołówstwie czy działalności bieżącej).

W sytuacji, gdy wnioskodawca nie otrzymał pomocy publicznej do składek na ubezpieczenia społeczne, o których refundację ubiega się z Funduszu, pozostaw tabelę w punkcie 4 niewypełnioną.

Dane osoby upoważnionej do podpisania informacji:

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(data i podpis)

Poniżej punktu 4 formularz musi być podpisany przez wnioskodawcę lub osobę upoważnioną przez wnioskodawcę stosownym pełnomocnictwem dostarczonemu do Funduszu.

## **Artykuł III. Refundacja składek KRUS**

### **Sekcja 3.01. Warunki ubiegania się o refundację składek KRUS**

Jeżeli jesteś niepełnosprawnym rolnikiem lub rolnikiem zobowiązanym do opłacania składek za niepełnosprawnego domownika i chcesz uzyskać z PFRON-u refundację składek KRUS, musisz spełnić cztery warunki:

- 1) podlegać ubezpieczeniu społecznemu rolników w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników;
- 2) posiadać orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (własne i/lub domownika), o którym mowa w ustawie o rehabilitacji;

Przez domownika rozumie się osobę bliską rolnikowi, która:

- ukończyła 16 lat,
- pozostaje z rolnikiem we wspólnym gospodarstwie domowym lub zamieszkuje na terenie jego gospodarstwa rolnego albo w bliskim sąsiedztwie,
- stale pracuje w tym gospodarstwie rolnym i nie jest związana z rolnikiem stosunkiem pracy;

- 3) opłacać w całości i terminowo (lub z uchybieniem terminu nieprzekraczającym 14 dni) składki na ubezpieczenia społeczne (składki wypadkowe, chorobowe, macierzyńskie, emerytalno-rentowe);

Naliczania i opłacania składek na ubezpieczenia społeczne rolników dokonujesz zgodnie z przepisami ustawy o ubezpieczeniu społecznym rolników. Refundacji składek podlegają składki obowiązkowe oraz dobrowolne – czyli takie, które są opłacane na wniosek rolnika. Refundacji nie podlega składka zdrowotna oraz z refundacji wyłączone są kwoty składek sfinansowane ze środków publicznych.

- 4) nie mieć zaległości wobec PFRON-u na więcej niż 100 zł.

Jeżeli wnioskodawca posiada zaległości w zobowiązaniach wobec Funduszu przekraczające ogółem kwotę 100 zł, Prezes Zarządu Funduszu

wyduje decyzję o wstrzymaniu refundacji składek na ubezpieczenia społeczne do czasu uregulowania zaległości przez wnioskodawcę. Decyzja podlega wykonaniu z dniem wydania. W przypadku nieuregulowania przez wnioskodawcę zaległości wobec Funduszu do dnia 31 stycznia roku następującego po roku, za który wnioskodawcy przysługuje refundacja, Prezes Zarządu Funduszu wydaje decyzję o odmowie wypłaty refundacji składek na ubezpieczenia społeczne za okres wskazany w decyzji o wstrzymaniu refundacji składek.

Fundusz refunduje niepełnosprawnemu rolnikowi lub rolnikowi zobowiązanemu do opłacania składek za niepełnosprawnego domownika składki na ubezpieczenia społeczne, pod warunkiem opłacenia tych składek w całości najpóźniej w dniu złożenia wniosku<sup>30</sup>. Refundacja nie przysługuje, jeżeli składki zostały opłacone z uchybieniem terminów przekraczającym 14 dni<sup>31</sup>.

### Sekcja 3.02. Rejestracja rolnika

Aby dokonać rejestracji, przekaz osobiście lub pocztą<sup>32</sup> (na adres biura Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa):

- 1) **wniosek Wn-U-A<sup>33</sup>** zawierający Twoje dane (oraz dane niepełnosprawnych domowników, o ile refundacja dotyczy składek KRUS domowników);
- 2) **kopie aktualnych dokumentów potwierdzających Twoje imię i nazwisko oraz numer PESEL i NIP**, o ile jego nadanie wynika z przepisów prawa, to jest:
  - kopię dowodu osobistego;
  - kopię decyzji o nadaniu NIP;
- 3) **formularz informacji składanych przy ubieganiu się o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie (INF-O-PdR)<sup>33</sup>**;
- 4) **kopię aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności**, o którym mowa w ustawie o rehabilitacji rolnika i/lub niepełnosprawnego domownika;

<sup>30</sup> Art. 25a ust.1 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2019 r., poz. 1172, ze zm.).

<sup>31</sup> Art. 25a ust. 4 ustawy o rehabilitacji (...).

<sup>32</sup> § 7 ust. 2 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 stycznia 2009 r. w sprawie refundacji składek na ubezpieczenia społeczne osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2019 r., poz. 1218).

<sup>33</sup> Wzór wniosku Wn-U-A, INF-O-PdR oraz pełnomocnictwa dostępny jest na witrynie PFRON ([www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl) zakładka Osoby niepełnosprawne/Wsparcie dla rolników/Formularze dotyczące refundacji składek KRUS).

5) kopie decyzji lub innego dokumentu potwierdzającego, że podlegasz ubezpieczeniu społecznemu rolników. Dokument ten powinien zawierać wskazanie płatnika składek oraz tytuł ubezpieczenia i może być wystawiony:

- a) do dnia 31 grudnia 1990 r. przez urząd gminy albo
- b) przez Prezesa Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego;

6) **pełnomocnictwo**<sup>34</sup> jeżeli chcesz upoważnić inną osobę do podpisywania i przysyłania dokumentów w swoim imieniu.

Pełnomocnikiem może być wyłącznie osoba fizyczna posiadająca zdolność do czynności prawnych. W celu ustanowienia pełnomocnika możesz skorzystać z wzoru proponowanego przez Fundusz. Pełnomocnictwo powinno być złożone w oryginale. Zamiast oryginału dokumentu możesz złożyć jego odpis w sytuacji, gdy jego zgodność z oryginałem zostanie poświadczona przez notariusza albo przez pełnomocnika będącego jednocześnie adwokatem, radcą prawnym, rzecznikiem patentowym lub doradcą podatkowym. Pełnomocnictwo może być w każdym czasie odwołane. W przypadku, kiedy nie chcesz, żeby osoba przez Ciebie upoważniona w dalszym ciągu mogła podpisywać i przysyłać dokumenty w Twoim imieniu, prześlij do Funduszu odwołanie pełnomocnictwa. Ponadto trzeba pamiętać, że pełnomocnictwo wygasa z chwilą śmierci mocodawcy lub pełnomocnika.

**Uwaga!** Pamiętaj, aby poświadczyć za zgodność z oryginałem kopie dokumentów załączonych do wniosku zgłoszeniowego.

Jeżeli chcesz składać wnioski Wn-U-A w formie elektronicznej, zaznacz pole **wyberam elektroniczną formę składania wniosków** w części **Oświadczenia** na wniosku Wn-U-A. Po złożeniu takiego oświadczenia otrzymasz od Funduszu identyfikator oraz hasło dostępu do programu informatycznego udostępnionego przez Fundusz. W kolejnych kwartałach ubiegania się o refundację będziesz miał możliwość składania wniosków Wn-U-A wraz z formularzem INF-O-PdR oraz ich korygowania w formie elektronicznej. Jeżeli elektroniczne złożenie dokumentu w danym miesiącu jest niemożliwe lub nadmiernie utrudnione, w celu zachowania terminu wyślij wniosek w formie papierowej.

<sup>34</sup> Wzór wniosku Wn-U-A, INF-O-PdR oraz pełnomocnictwa dostępny jest na witrynie PFRON ([www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl) zakładka Osoby niepełnoprawne/Wsparcie dla rolników/Formularze dotyczące refundacji składek KRUS).

Dokumenty zgłoszeniowe dotyczące refundacji składek składasz w formie pisemnej do Biura Funduszu mieszczącego się pod adresem:

**Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**

**al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa**

Natomiast kolejne wnioski o refundację składasz do właściwego terytorialnie oddziału PFRON (adresy do oddziałów znajdziesz w ostatniej części broszury).

### **Sekcja 3.03. Termin składania wniosku Wn-U-A**

Wniosek Wn-U-A wraz z formularzem INF-O-PdR prześlij do ostatniego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym upłynął termin do opłacenia składek za dany kwartał<sup>35</sup>, zgodnie z przepisami o ubezpieczeniu społecznym rolników. Przepisy te wskazują, że składki na ubezpieczenia społeczne rolników opłacane są co kwartał. Termin płatności przypada ostatniego dnia pierwszego miesiąca danego kwartału.

W związku z powyższym wniosek o refundację składek za dany kwartał złóż w terminie od pierwszego do ostatniego dnia drugiego miesiąca kwartału. Pamiętaj, że jeżeli koniec terminu przypada na dzień ustawowo wolny od pracy, za ostatni dzień terminu uważa się najbliższy następny dzień powszedni. Sobota została uznana za dzień równorzędny z dniem ustawowo wolnym od pracy, w związku z tym w przypadku, gdy ostatni dzień terminu na złożenie wniosku przypada w sobotę lub w niedzielę, termin ten ulega przesunięciu na najbliższy dzień powszedni. Wniosek Wn-U-A możesz złożyć po opłaceniu składek, ale nie wcześniej niż w pierwszym dniu drugiego miesiąca danego kwartału.

**Terminy złożenia wniosku Wn-U-A wraz z formularzem INF-O-PdR  
w 2020 r. wskazuje poniższa tabela**

| <b>2020</b> | <b>Termin złożenia Wn-U-A<br/>z INF-O-PdR</b> |
|-------------|-----------------------------------------------|
| I kwartał   | od 1 lutego do 2 marca 2020                   |
| II kwartał  | od 1 maja do 1 czerwca 2020                   |
| III kwartał | od 1 do 31 sierpnia 2020                      |
| IV kwartał  | od 1 do 30 listopada 2020                     |

<sup>35</sup> § 6 ust. 2 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 stycznia 2009 r. w sprawie refundacji składek na ubezpieczenia społeczne osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2019 r., poz. 1218).

Jeżeli złożyłeś wniosek z przekroczeniem obowiązującego Cię terminu, możesz zwrócić się z prośbą o jego przywrócenie<sup>36</sup>. Aby termin na złożenie dokumentu został przywrócony, musisz spełnić trzy poniższe warunki<sup>37</sup>:

- wystąpić z prośbą o przywrócenie terminu w ciągu 7 dni od daty ustania przyczyny przekroczenia terminu na złożenie wniosku;
- uprawdopodobnić, że uchybienie terminu nastąpiło bez Twojej winy;
- dopełnić czynności, dla której termin został przekroczony – czyli złożyć wniosek o refundację składek na ubezpieczenia społeczne za dany kwartał.

Prośbę o przywrócenie terminu prześlij na adres Funduszu w Warszawie: al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa. W tym celu możesz skorzystać ze wzoru wniosku o przywrócenie terminu udostępnionego przez Fundusz<sup>38</sup>.

### **Sekcja 3.04. Wysokość, termin i sposób wypłaty refundacji składek KRUS**

Wysokość refundacji składek KRUS uzależniona jest od kwot składek wpisanych na decyzji lub innym dokumencie potwierdzającym, że podlegasz ubezpieczeniu społecznemu rolników.

Fundusz refunduje składki:

- wypadkowe,
- chorobowe,
- macierzyńskie,
- emerytalno-rentowe

pod warunkiem, że opłacasz te składki w całości terminowo lub z uchybieniem terminu nieprzekraczającym 14 dni.

**Z refundacji wyłączone są:**

- składka zdrowotna,
- składki finansowane ze środków publicznych.

Jeżeli jesteś rolnikiem prowadzącym pozarolniczą działalność gospodarczą i płacisz zwiększoną składkę KRUS możesz ubiegać się o refundację składek KRUS w takiej wysokości, w jakiej zostały przez Ciebie opłacone. W tej sytuacji musisz posiadać i przesłać do PFRON aktualną decyzję Prezesa Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego ustalającą podleganie

<sup>36</sup> § 9 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 stycznia 2009 r. w sprawie refundacji składek na ubezpieczenia społeczne osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2019 r., poz. 1218).

<sup>37</sup> Art. 58 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz.U. z 2018 r., poz. 2096, ze zm.).

<sup>38</sup> Wzór wniosku o przywrócenie terminu dostępny jest na witrynie PFRON ([www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl) zakładka Osoby niepełnosprawne/Wsparcie dla rolników/Formularze dotyczące refundacji składek KRUS).

ubezpieczeniu społecznemu rolników. Dokument ten powinien zawierać informację o opłaceniu podwójnej składki emerytalno-rentowej.

Fundusz refunduje niepełnosprawnemu rolnikowi lub rolnikowi zobowiązanemu do opłacania składek za niepełnosprawnego domownika składki na ubezpieczenia społeczne, pod warunkiem opłacenia tych składek w całości najpóźniej w dniu złożenia wniosku<sup>39</sup>. Refundacja nie przysługuje, jeżeli składki zostały opłacone z uchybieniem terminów przekraczającym 14 dni<sup>40</sup>.

**Pamiętaj!** Refundacja składek na ubezpieczenia społeczne wypłacana jest na rachunek bankowy rolnika w terminie 14 dni<sup>41</sup> od dnia otrzymania kompletnego i prawidłowo wypełnionego wniosku. Środki z tytułu refundacji składek na ubezpieczenia społeczne przekazywane są wyłącznie na rachunek bankowy rolnika wskazany na wniosku Wn-U-A (poz. 15). Fundusz nie przekazuje refundacji przekazem pocztowym.

PFRON przyznaje refundację składek po weryfikacji danych wykazanych w stosownych wnioskach oraz na podstawie oświadczeń w nich zawartych. Niepełnosprawny rolnik lub rolnik zobowiązany do opłacania składek za niepełnosprawnego domownika, korzystający z refundacji składek na ubezpieczenia społeczne, zgodnie z obowiązującymi przepisami, ma obowiązek przechowywać dokumentację pozwalającą na sprawdzenie zgodności przyznanej pomocy z przepisami rozporządzenia przez 10 lat od dnia przyznania pomocy<sup>42</sup>. W związku z powyższym niepełnosprawny rolnik lub rolnik zobowiązany do opłacania składek za niepełnosprawnego domownika w przedmiotowym okresie, w przypadku czynności sprawdzających, jest zobowiązany do przedłożenia wszelkich dokumentów potwierdzających zgodność danych wykazanych we wniosku oraz jego załącznikach, a także poświadczających, iż spełniał wszystkie warunki do ubiegania się o określoną pomoc. W przypadku ustalenia przed wypłatą środków, iż niepełnosprawny rolnik lub rolnik zobowiązany do opłacania składek za niepełnosprawnego domownika posiada zaległości wobec PFRON powyżej 100 zł, Fundusz wstrzymuje wypłatę refundacji i odmawia wypłaty refundacji<sup>43</sup>. Odmowa wypłaty refundacji następuje również

<sup>39</sup> Art. 25a ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2019 r., poz. 1172, ze zm.).

<sup>40</sup> Art. 25a ust. 4 ustawy o rehabilitacji (...).

<sup>41</sup> Art. 25c ust. 5 ustawy o rehabilitacji (...).

<sup>42</sup> § 11 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 stycznia 2009 r. w sprawie refundacji składek na ubezpieczenia społeczne osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2019 r., poz. 1218).

<sup>43</sup> Art. 25c ust. 6 i 7 ustawy o rehabilitacji (...).

w przypadku braku spełnienia pozostałych przesłanek wynikających z ustawy o rehabilitacji, jak np. opłacenie składek na ubezpieczenia społeczne z uchybieniem przekraczającym 14 dni, a także w przypadku złożenia wniosku przed opłaceniem składek na ubezpieczenia społeczne. W przypadku ustalenia i potwierdzenia nieprawidłowości po wypłacie środków Fundusz wydaje decyzję nakazującą zwrot wypłaconych środków wraz z odsetkami<sup>44</sup>.

Warto jednocześnie wskazać, że ustawa o rehabilitacji poza sankcjami przewiduje również szereg ulg. Na wniosek dłużnika<sup>45</sup> Prezes Zarządu PFRON może:

- 1) umorzyć w części lub w całości,
- 2) rozłożyć na raty,
- 3) odroczyć termin płatności

należności pieniężnych dotyczących zwrotu środków przyznanych niepełnosprawnemu rolnikowi lub rolnikowi zobowiązanemu do opłacania składek za niepełnosprawnego domownika z tytułu refundacji składek na ubezpieczenia społeczne – w przypadku uzasadnionym ważnym interesem dłużnika, interesem publicznym, względami gospodarczymi lub społecznymi lub innymi przyczynami zasługującymi na uwzględnienie, w szczególności w razie całkowitej nieściągalności.

### **Sekcja 3.05. Jak uzupełnić wniosek Wn-U-A**

Wniosek o wypłatę refundacji składek KRUS możesz otrzymać w biurze lub oddziałach terenowych PFRON. Dostępny jest również na stronie internetowej Funduszu w zakładce „Osoby niepełnosprawne”, „Wsparcie dla rolników”, a następnie „Formularze dotyczące refundacji składek KRUS”.

Wniosek należy wypełnić wyraźnie pismem maszynowym lub ręcznie drukowanymi literami czarnym lub niebieskim kolorem. W pierwszej części wniosku Wn-U-A określona jest podstawa prawna oraz termin składania wniosku, a także informacja, kto składa wniosek i do kogo jest kierowany wniosek. Na odwrocie wniosku znajdują się objaśnienia, które należy uwzględniać przy jego uzupełnianiu. Wzór wniosku Wn-U-A znajdziesz w ostatniej części niniejszej broszury.

<sup>44</sup> Art. 49e ust. 1 oraz ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2019 r., poz. 1172, ze zm.).

<sup>45</sup> Art. 49f ust. 1 pkt 1 i 2 w związku z art. 49f ust. 3a ustawy o rehabilitacji (...).

**W części A w pozycji 1 Rodzaj dokumentu należy wstawić znak X w odpowiednim polu:**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Wn-U-A</b> Wniosek niepełnosprawnego rolnika lub rolnika zobowiązanego do opłacania składek za niepełnosprawnego domownika o wypłatę refundacji składek na ubezpieczenia społeczne rolników                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Podstawa prawna                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Art. 25c ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 511, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”.                                                                                                                                                                                      |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Składający                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Wnioskodawca, o którym mowa w art. 25a ust. 1 pkt 2 ustawy, któremu przysługuje refundacja składek na ubezpieczenia społeczne ze środków PFRON.                                                                                                                                                                                                                                         |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Termin składania                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Do ostatniego dnia miesiąca, następującego po miesiącu, w którym upłynął termin do opłacenia składek.                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Adresat                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Zarząd Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa.                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>A. Dane o dokumencie<sup>1</sup></b> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%;"><b>1. Rodzaj dokumentu<sup>2</sup></b></td> <td> <input type="checkbox"/> 1. Zgłoszeniowy<br/> <input type="checkbox"/> 2. Dotyczący refundacji wyłącznie w odniesieniu do wnioskodawcy<br/> <input type="checkbox"/> 3. Dotyczący refundacji wyłącznie w odniesieniu do domowników<br/> <input type="checkbox"/> 4. Dotyczący refundacji zarówno w odniesieniu do wnioskodawcy, jak i do domowników<br/> <input type="checkbox"/> 5. Korygujący </td> </tr> </table> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>1. Rodzaj dokumentu<sup>2</sup></b> | <input type="checkbox"/> 1. Zgłoszeniowy<br><input type="checkbox"/> 2. Dotyczący refundacji wyłącznie w odniesieniu do wnioskodawcy<br><input type="checkbox"/> 3. Dotyczący refundacji wyłącznie w odniesieniu do domowników<br><input type="checkbox"/> 4. Dotyczący refundacji zarówno w odniesieniu do wnioskodawcy, jak i do domowników<br><input type="checkbox"/> 5. Korygujący |
| <b>1. Rodzaj dokumentu<sup>2</sup></b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 1. Zgłoszeniowy<br><input type="checkbox"/> 2. Dotyczący refundacji wyłącznie w odniesieniu do wnioskodawcy<br><input type="checkbox"/> 3. Dotyczący refundacji wyłącznie w odniesieniu do domowników<br><input type="checkbox"/> 4. Dotyczący refundacji zarówno w odniesieniu do wnioskodawcy, jak i do domowników<br><input type="checkbox"/> 5. Korygujący |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

Wypełnienie **pozycji 1** jest uzależnione od rodzaju dokumentu („Zgłoszeniowy”, „Korygujący”) oraz od tego, czy refundacja dotyczy składek rolnika, czy też domownika.

Wybierz rodzaj dokumentu „**Zgłoszeniowy**” (**pole 1**), jeżeli po raz pierwszy składasz wniosek Wn-U-A za dany kwartał.

Wybierz rodzaj dokumentu „**Korygujący**” (**pole 5**) w przypadku składania korekty wniosku Wn-U-A za dany kwartał.

Jeśli ubiegasz się wyłącznie o refundację poniesionej za siebie składki na ubezpieczenia KRUS, zaznacz (łącznie z jednym z pól 1 i 5) także pole 2 – „Dotyczący refundacji wyłącznie w odniesieniu do wnioskodawcy”.

W przypadku, gdy ubiegasz się o refundację składek poniesionych wyłącznie za niepełnosprawnych domowników, zaznacz (łącznie z jednym z pól 1 i 5) także pole 3 – „Dotyczący refundacji wyłącznie w odniesieniu do domowników”.

W przypadku, gdy składasz wniosek o refundację składek poniesionych zarówno za siebie, jak i za niepełnosprawnego domownika (lub domowników), zaznacz (łącznie z jednym z pól 1 i 5) także pole 4 – „Dotyczący refundacji zarówno w odniesieniu do wnioskodawcy, jak i do domowników”.

**Uwaga!** W przypadku zaznaczenia pola 3 lub 4 w pozycji 1 „Rodzaj dokumentu”, wypełnij także pozycję 11 wniosku – „Numery PESEL niepełnosprawnych domowników, których dotyczy wniosek”, poprzez wpisanie numeru lub numerów PESEL niepełnosprawnych domowników, o których refundację poniesionych składek ubiegasz się we wniosku.

**W części B przedstawiamy Dane ewidencyjne wnioskodawcy.**

|                                                     |                                      |                                                     |                                                        |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <b>B. Dane ewidencyjne wnioskodawcy<sup>3</sup></b> |                                      |                                                     | <b>2. Numer w rejestrze PFRON<sup>4</sup></b><br>_____ |
| <b>3. NIP płatnika składek<sup>1</sup></b><br>_____ | <b>4. PESEL<sup>1</sup></b><br>_____ | <b>5. Identyfikator adresu<sup>2</sup></b><br>_____ |                                                        |
| <b>6. Nazwisko</b><br>_____                         |                                      | <b>7. Pierwsze imię</b><br>_____                    |                                                        |

W **pozycji 2** wpisz numer w rejestrze PFRON, jeżeli został nadany wnioskodawcy przed dniem złożenia wniosku.

W **pozycji 3** wpisz numer NIP płatnika składek, jeżeli został nadany wnioskodawcy przed dniem złożenia wniosku.

W **pozycji 4** wpisz numer PESEL, jeżeli został nadany wnioskodawcy przed dniem złożenia wniosku.

W **pozycji 5** podaj pełne, siedmiocyfrowe oznaczenie gminy, na obszarze której beneficjent pomocy ma siedzibę lub miejsce zamieszkania. Identyfikatory i nazwy jednostek podziału terytorialnego kraju dostępne są m.in. na witrynie PFRON<sup>46</sup> lub Głównego Urzędu Statystycznego.

W **pozycjach 6 i 7** wpisz nazwisko i imię wnioskodawcy.

W pozycjach 3, 4, 6, 7 wpisz dane, pod którymi jako rolnik jesteś zarejestrowany w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego w celu opłacenia składek na ubezpieczenia społeczne.

Pozycję 5 należy wypełnić jednokrotnie w przypadku składania Wn-U-A po raz pierwszy oraz w przypadku zmiany danych.

**Część C i D formularza Wn-U-A zawiera Informacje o składkach na ubezpieczenia społeczne rolników i domowników oraz Wniosek o wypłatę miesięcznej refundacji składek na ubezpieczenia społeczne rolników.**

| C. Informacja o składkach na ubezpieczenia społeczne rolników i domowników                                             |        |                                                                                                               |                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| 8. Okres sprawozdawczy <sup>6</sup>                                                                                    |        | 9. Kwota składek na ubezpieczenia emerytalno-rentowe <sup>7</sup>                                             | 10. Kwota składek na ubezpieczenia wypadkowe, chorobowe i macierzyńskie <sup>7</sup> |
| 1. Kwartał                                                                                                             | 2. Rok |                                                                                                               |                                                                                      |
|                                                                                                                        |        |                                                                                                               |                                                                                      |
| 11. Numery PESEL niepełnosprawnych domowników, których dotyczy wniosek <sup>4</sup>                                    |        |                                                                                                               |                                                                                      |
| 1                                                                                                                      | 2      | 3                                                                                                             | 4                                                                                    |
|                                                                                                                        |        |                                                                                                               |                                                                                      |
| D. Wniosek o wypłatę miesięcznej refundacji składek na ubezpieczenia społeczne rolników <sup>1</sup>                   |        |                                                                                                               |                                                                                      |
| 12. Otrzymana pomoc <i>de minimis</i> <sup>8</sup>                                                                     |        | 13. Kwota refundacji składek uzyskana ze środków publicznych za kwartał, którego dotyczy wniosek <sup>9</sup> |                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> 1. Wnioskodawca nie otrzymał pomocy <i>de minimis</i>                                         |        |                                                                                                               |                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> 2. Wnioskodawca otrzymał pomoc <i>de minimis</i> udzieloną przez PFRON                        |        |                                                                                                               |                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> 3. Wnioskodawca otrzymał pomoc <i>de minimis</i> inną niż udzieloną przez PFRON <sup>10</sup> |        |                                                                                                               |                                                                                      |
|                                                                                                                        |        | 14. Należna kwota refundacji <sup>11</sup>                                                                    |                                                                                      |
|                                                                                                                        |        |                                                                                                               |                                                                                      |
| 15. Rachunek bankowy wnioskodawcy, na który będzie przekazywana refundacja <sup>3</sup>                                |        |                                                                                                               |                                                                                      |
|                                                                                                                        |        |                                                                                                               |                                                                                      |

W **pozycji 8** wpisz kwartał i rok prowadzenia działalności rolniczej, w odniesieniu do którego w całości opłacono składki podlegające refundacji. W **pozycjach 9 i 10** należy wykazać kwoty faktycznie należnych składek opłaconych w całości najpóźniej w dniu złożenia wniosku. Wpisz osobno w **pozycji 9** kwotę ubezpieczenia emerytalno-rentowego oraz w **pozycji 10** kwotę ubezpieczenia wypadkowego, chorobowego i macierzyńskiego.

<sup>46</sup> [www.pfron.org.pl/zakladka Osoby niepełnosprawne/Wsparcie dla rolników/Formularze dotyczące refundacji składek KRUS/ Pytania i odpowiedzi z zakresu wypełniania wniosku Wn-U-A.](http://www.pfron.org.pl/zakladka/Osoby%20niepe%lnosprawne/Wsparcie%20dla%20rolnikow/Formularze%20dotycz%C4%85ce%20refundacji%20sk%ladek%20KRUS/Pytania%20i%20odpowiedzi%20z%20zakresu%20wype%lniania%20wniosku%20Wn-U-A)

W sytuacji, gdy jako niepełnosprawny rolnik zobowiązany jesteś do opłacania składek za niepełnosprawnego domownika w pozycjach 9 i 10 wpisz sumę poniesionych w całości składek własnych i niepełnosprawnego domownika. W przypadku, gdy jako pełnosprawny rolnik zobowiązany jesteś do opłacania składek za niepełnosprawnego domownika, w pozycjach 9 i 10 wpisz wyłącznie opłacone składki za niepełnosprawnego domownika.

W **pozycji 11** wpisz numery PESEL niepełnosprawnych domowników, których dotyczy składany wniosek. Niewykorzystane miejsca zostają puste. W przypadku wpisania PESEL-i niepełnosprawnych domowników w polu 11, pamiętaj o wypełnieniu pola 3 lub 4 w pozycji 1 „Rodzaj dokumentu” we wniosku Wn-U-A.

W **pozycji 12** zaznacz pole 1, jeżeli nie otrzymałeś pomocy de minimis, pomocy de minimis w rolnictwie lub pomocy de minimis w rybołówstwie. Zaznacz pole 2, jeżeli otrzymałeś wyłącznie pomoc de minimis, pomoc de minimis w rolnictwie lub pomoc de minimis w rybołówstwie udzieloną przez PFRON. Zaznacz pole 3, jeżeli otrzymałeś w okresie bieżącego roku i dwóch lat poprzedzających rok bieżący pomoc de minimis, pomoc de minimis w rolnictwie lub pomoc de minimis w rybołówstwie inną, niż udzielona przez PFRON.

W przypadku zaznaczenia pola 3 w pozycji 12 musisz załączyć do wniosku Wn-U-A:

- kopię zaświadczenia o uzyskanej pomocy de minimis, pomocy de minimis w rolnictwie lub pomocy de minimis w rybołówstwie innej, niż udzielona przez PFRON albo
- oświadczenie o wysokości uzyskanej pomocy de minimis, pomocy de minimis w rolnictwie lub pomocy de minimis w rybołówstwie.

Każde zaświadczenie lub oświadczenie załącza się jednokrotnie. Załączone oświadczenie o wysokości uzyskanej pomocy de minimis powinno zawierać podstawowe dane dotyczące otrzymanej pomocy, tj.:

- dane organu udzielającego pomocy (nazwa, adres, NIP);
- dane beneficjenta pomocy (nazwa, adres, NIP);
- wysokość pomocy (także w przeliczeniu na euro);
- dzień udzielenia pomocy;
- podstawę prawną udzielenia pomocy oraz okres, za który pomoc została udzielona;
- sektor, w związku z którym pomoc została udzielona.

W **pozycji 13** wpisz kwotę zrefundowanych ze środków publicznych (innych niż PFRON) składek na ubezpieczenia społeczne (emerytalno-rentowe, wypadkowe, chorobowe, macierzyńskie), które otrzymałeś na

podstawie innych przepisów. Niewypełnienie tej pozycji oznacza, że kwota zrefundowanych ze środków publicznych składek wynosi 0. Wypełnienie pozycji 13 kwotą wyższą niż 0 oznacza, iż „Należna kwota refundacji” będzie niższa o wykazaną w tej pozycji wartość.

**Uwaga!** W przypadku, gdy w pozycji 13 wniosku Wn-U-A wykażesz wartość wyższą niż 0, musisz wypełnić punkt 4 w formularzu informacji przedstawianych przez wnioskodawcę ubiegającego się o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie (INF-O-PdR), poprzez wpisanie danych dotyczących otrzymanej pomocy. Szczegółowe informacje na temat wypełniania formularza INF-O-PdR znajdziesz w dalszej części broszury.

**Pozycji 14** nie musisz uzupełniać. Może ona pozostać pusta. W takiej sytuacji System Obsługi Dofinansowań i Refundacji – według wskazanego w objaśnieniu do wniosku Wn-U-A wzoru – wyliczy przysługującą wnioskodawcy kwotę refundacji. Pozycja ta jest wyliczana według równania: (poz. 9 + poz. 10) – poz. 13.

W **pozycji 15** należy wpisać numer rachunku bankowego wnioskodawcy, na który będzie przekazywana refundacja. Pozycję 15 należy wypełnić jednokrotnie w przypadku składania Wn-U-A po raz pierwszy oraz w przypadku zmiany rachunku bankowego. Jeśli Twój wcześniejszy wniosek został rozpatrzony przez PFRON pozytywnie, a Ty nie zmieniasz numeru rachunku bankowego, to nie musisz uzupełniać pozycji 15.

**W części E formularza Wn-U-A przedstawiamy Dodatkowe informacje o wnioskodawcy.**

| E. Dodatkowe informacje o wnioskodawcy <sup>3</sup>                 |            |                           |               |                                     |                          |
|---------------------------------------------------------------------|------------|---------------------------|---------------|-------------------------------------|--------------------------|
| <b>E.1. Adres zamieszkania</b>                                      |            |                           |               |                                     |                          |
| 16. Ulica                                                           |            | 17. Nr domu               | 18. Nr lokalu | 19. Miejscowość                     |                          |
| 20. Kod pocztowy                                                    | 21. Poczta | 22. Telefon <sup>12</sup> |               | 23. Faks <sup>12</sup>              | 24. E-mail <sup>13</sup> |
| _____                                                               |            | _____                     |               | _____                               | _____                    |
| <b>E.2. Adres do korespondencji/ Dane pełnomocnika<sup>14</sup></b> |            |                           |               | <b>25. Pełnomocnik<sup>15</sup></b> |                          |
| 26. Ulica                                                           |            | 27. Nr domu               | 28. Nr lokalu | 29. Miejscowość                     |                          |
| 30. Kod pocztowy                                                    | 31. Poczta | 32. Telefon <sup>12</sup> |               | 33. Faks <sup>12</sup>              | 34. E-mail <sup>13</sup> |
| _____                                                               |            | _____                     |               | _____                               | _____                    |

W **pozycjach od 16 do 24** (sekcja E.1.) wpisz adres i dane kontaktowe wnioskodawcy. **Pozycje od 26 do 34** wypełnij, jeżeli adres do korespondencji wnioskodawcy jest inny niż adres wykazany w sekcji E.1. lub w przypadku udzielenia pełnomocnictwa obejmującego składanie wniosku Wn-U-A. W przypadku ustanowienia pełnomocnictwa w **pozycjach od 25 do 34** wskaż imię i nazwisko oraz adres do korespondencji pełnomocnika. Jednocześnie do wniosku załącz

odpowiednie pełnomocnictwo. W przypadku braku adresu e-mail i numeru telefonu lub faksu pozostaw pole puste.

**Pozycje od 16 do 34** należy wypełnić jednokrotnie w przypadku składania wniosku Wn-U-A po raz pierwszy oraz w przypadku zmiany danych. Jeśli Twój wcześniejszy wniosek został rozpatrzony przez PFRON pozytywnie, a Ty nie zmieniasz danych, o których mowa w tych pozycjach, nie musisz ich wypełniać.

Pełnomocnictwo może być w każdym czasie odwołane. W przypadku, kiedy nie chcesz, żeby osoba przez Ciebie upoważniona w dalszym ciągu mogła podpisywać i przysyłać dokumenty w Twoim imieniu, a także kontaktować się z PFRON w Twoich sprawach, prześlij do Funduszu odwołanie pełnomocnictwa.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                     |                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <small>Oświadczam że<sup>1</sup></small> <ul style="list-style-type: none"><li>• nie posiadam zaległości w zobowiązaniach wobec PFRON w kwocie przekraczającej ogółem 100 zł,</li><li>• opłaciłem(am) w całości składki na ubezpieczenia społeczne rolników wykazane we wniosku,</li><li>• dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym,</li><li>• jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy,</li><li>• wybieram <input type="checkbox"/> elektroniczną / <input type="checkbox"/> pisemną formę składania wniosków<sup>15</sup>.</li></ul> |                                                                                     | <b>35. Data opłacenia składek<sup>17</sup></b><br>____-____-____ |
| <b>36. Data wypełnienia wniosku<sup>18</sup></b><br>____-____-____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>37. Imię, nazwisko i podpis wnioskodawcy lub osoby upoważnionej<sup>19</sup></b> | <b>38. Pieczęć wnioskodawcy<sup>20</sup></b>                     |

W **pozycji 35** podaj datę opłacenia składek w formacie rok-miesiąc-dzień. W przypadku opłaty bezgotówkowej wpisz dzień obciążenia rachunku bankowego, a w przypadku opłaty gotówkowej wskaż datę wpłaty należności w placówce pocztowej lub innej placówce uprawnionej do poboru opłat.

W sytuacji, gdy składasz korektę zerującą, czyli w pozycjach 9 i 10 wniosku Wn-U-A wpisujesz wartość 0, pozycja 35 może pozostać pusta. Data opłacenia składek w pozycji 35 nie może być późniejsza niż dzień złożenia lub wysłania wniosku. Fundusz refunduje składki na ubezpieczenia społeczne niepełnosprawnym rolnikom lub rolnikom zobowiązanym do opłacania składek za niepełnosprawnych domowników, pod warunkiem opłacenia tych składek w całości najpóźniej w dniu złożenia wniosku. Refundacja nie przysługuje, jeżeli składki zostały opłacone z uchybieniem terminów określonych w art. 40 ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników, przekraczającym 14 dni.

W **pozycji 36** należy podać datę wypełnienia wniosku w formacie rok-miesiąc-dzień. W **pozycji 37** należy wpisać „Imię, nazwisko oraz złożyć podpis wnioskodawcy lub osoby upoważnionej”. Podpisując wniosek w pozycji 37 osoba składająca podpis oświadcza jednocześnie, iż wnioskodawca:

- nie posiada zaległości w zobowiązaniach wobec PFRON w kwocie przekraczającej ogółem 100 zł;
- opłacił w całości składki na ubezpieczenia społeczne rolników wykazane we wniosku;

- dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym;
- jest świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

Oświadczenie to umożliwia również wybór formy składania wniosków. Jeśli składasz wnioski papierowo, a chciałbyś zmienić formę na elektroniczną, zaznacz właściwy kwadrat i złóż wniosek jak co kwartał. Na podstawie takiego oświadczenia otrzymasz od PFRON listownie hasło i login do Systemu Obsługi Dofinansowań i Refundacji wraz z informacją jak rozpocząć pracę w systemie. Jeżeli elektroniczne złożenie dokumentu w danym miesiącu jest niemożliwe lub nadmiernie utrudnione, w celu zachowania terminu wyślij wniosek w formie papierowej.

Do każdego wniosku Wn-U-A lub korekty wniosku Wn-U-A musisz załączyć formularz informacji przedstawianych przez wnioskodawcę przy ubieganiu się o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie – INF-O-PdR. Szczegółowe informacje na temat wypełniania formularza INF-O-PdR znajdziesz w dalszej części broszury.

### **Sekcja 3.06. Jak uzupełnić formularz informacji przedstawianych przez wnioskodawcę ubiegającego się o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie INF-O-PdR**

Refundacja składek na ubezpieczenia społeczne jest udzielana na zasadach pomocy de minimis, określonych w przepisach prawa Unii Europejskiej<sup>47</sup>. Niepełnosprawny rolnik lub rolnik zobowiązany do opłacania składek za niepełnosprawnego domownika, który ubiega się o refundację składek na ubezpieczenia społeczne, zobowiązany jest do przestania formularza informacji przedstawianych przez wnioskodawcę ubiegającego się o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie INF-O-PdR wraz z każdym wnioskiem bądź korektą wniosku Wn-U-A. Nie wysyłaj formularza bez wniosku.

Formularz INF-O-PdR możesz otrzymać w biurze lub oddziałach terenowych PFRON. Dostępny jest również na stronie internetowej Funduszu w zakładce „Osoby niepełnosprawne”, „Wsparcie dla rolników”, a następnie „Formularze dotyczące refundacji składek KRUS”. Formularz INF-O-PdR należy wypełnić wyraźnie pismem maszynowym lub ręcznie drukowanymi literami czarnym lub niebieskim kolorem. Wzór formularza INF-O-PdR znajdziesz w ostatniej części niniejszej broszury.

<sup>47</sup> Art. 25c ust. 11 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2019 r., poz. 1172, ze zm.)

## FORMULARZ INFORMACJI PRZEDSTAWIANYCH PRZEZ WNIOSKODAWCĘ

1) Imię i nazwisko albo firma wnioskodawcy

2) Miejsce zamieszkania i adres albo siedziba i adres wnioskodawcy

### Punkt 1. Imię i nazwisko albo firma wnioskodawcy.

Podaj imię i nazwisko niepełnosprawnego rolnika lub rolnika zobligowanego do opłacania składek za niepełnosprawnego domownika ubiegającego się o refundację składek na ubezpieczenia społeczne.

### Punkt 2. Miejsce zamieszkania i adres albo siedziba i adres wnioskodawcy.

Podaj pełen adres ubiegającego się o refundację składek na ubezpieczenia społeczne.

3) Rodzaj prowadzonej działalności, w związku z którą ubiega się o pomoc\*):

działalność w rolnictwie

działalność w rybołówstwie

### Punkt 3. Rodzaj prowadzonej działalności, w związku z którą ubiega się o pomoc.

Zakreśl wyłącznie jedną z dwóch rodzajów działalności: w rolnictwie lub w rybołówstwie – w związku z którą wnioskodawca ubiega się o pomoc w postaci refundacji składek na ubezpieczenia społeczne.

### Punkt 4. Informacja o otrzymanej pomocy publicznej w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na których pokrycie ma być udzielona pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie.

4) Informacja o otrzymanej pomocy publicznej w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na których pokrycie ma być udzielona pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie

| Lp. | Dzień udzielenia pomocy <sup>1)</sup> | Podstawa prawna <sup>2)</sup> | Wartość pomocy <sup>3)</sup> | Forma pomocy <sup>4)</sup> | Przeznaczenie pomocy <sup>5)</sup> |
|-----|---------------------------------------|-------------------------------|------------------------------|----------------------------|------------------------------------|
| 1   |                                       |                               |                              |                            |                                    |
| 2   |                                       |                               |                              |                            |                                    |
| 3   |                                       |                               |                              |                            |                                    |
| 4   |                                       |                               |                              |                            |                                    |
| 5   |                                       |                               |                              |                            |                                    |

Jeżeli wnioskodawca otrzymał pomoc publiczną do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, tj. składek na ubezpieczenia społeczne rolników, ze źródeł innych niż Fundusz (innych niż na podstawie art. 25a ustawy o rehabilitacji), wykaż otrzymaną kwotę w składanym wniosku Wn-U-A (poz. 13) oraz w tabeli (punkt 4) formularza INF-O-PdR składanego przez wnioskodawcę.

W przypadku otrzymania przez wnioskodawcę pomocy publicznej do składek, o których refundację ubiegasz się z Funduszu, w składanym formularzu wykaż dane dotyczące otrzymanej pomocy, tj.:

- dzień udzielenia pomocy (wynikający z decyzji lub umowy);
- podstawę prawną pomocy (tytuł aktu prawnego stanowiącego podstawę do udzielenia pomocy);
- wartość pomocy (wartość pomocy jako ekwiwalent dotacji brutto określony w decyzji lub umowie);
- formę pomocy (forma otrzymanej pomocy, tj. dotacja, dopłaty do oprocentowania kredytów, zwolnienie lub umorzenie z podatku lub opłat, refundacje w całości lub części, inne);
- przeznaczenie pomocy (wskaż, czy koszty, które zostały objęte pomocą, dotyczą inwestycji w gospodarstwie rolnym lub rybołówstwie czy działalności bieżącej).

W sytuacji, gdy wnioskodawca nie otrzymał pomocy publicznej do składek na ubezpieczenia społeczne, o których refundację ubiegasz się z Funduszu, pozostaw tabelę w punkcie 4 niewypełnioną.

Dane osoby upoważnionej do podpisania informacji:

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(data i podpis)

Poniżej punktu 4 formularz musi być podpisany przez wnioskodawcę lub osobę upoważnioną przez wnioskodawcę stosownym pełnomocnictwem dostarczonemu do Funduszu.

## Artykuł IV. System Obsługi Dofinansowań i Refundacji

### Sekcja 4.01. Zalety korzystania z SODiR

System Obsługi Dofinansowań i Refundacji jest aplikacją internetową dostępną przez przeglądarkę stron WWW. System ten zawiera funkcje pozwalające na przygotowywanie dokumentów, ich wysyłanie do Funduszu, śledzenie stanu dokumentów oraz komunikowanie się z Funduszem. Szczegółowe wyjaśnienia w kwestii korzystania z tej aplikacji znajdziesz na witrynie [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl), a w szczególności w Podręczniku użytkownika SODiR on-line<sup>48</sup>.

Zalety korzystania z elektronicznej formy składania dokumentów:

**Oszczędność czasu i pieniędzy.** Wniosek możesz złożyć z komputera znajdującego się w dowolnym miejscu, np. zakładzie pracy bądź miejscu zamieszkania. Za złożenie wniosku drogą elektroniczną nie są pobierane opłaty.

**Łatwość składania wniosków drogą elektroniczną.** Wystarczy mieć komputer z dostępem do Internetu. Wniosek składasz za pośrednictwem udostępnionego przez PFRON na stronie internetowej [www.sod.pfron.org.pl](http://www.sod.pfron.org.pl) Systemu Obsługi Dofinansowań i Refundacji.

**Szybka weryfikacja wniosku w SODiR, a tym samym krótszy czas oczekiwania na refundację składek na ubezpieczenia społeczne.** Bezpośrednio po wysłaniu wniosku masz podgląd czy dokument został przyjęty i pozytywnie zweryfikowany przez system, czy też uzyskał status dokumentu „do korekty”. Jeżeli wniosek został błędnie wypełniony, a tym samym skierowany „do korekty”, masz możliwość niezwłocznego złożenia poprawnej korekty.

**Szybki i bezpośredni dostęp do aktualizacji i możliwości poprawiania danych wykazanych we wniosku.** W przypadku stwierdzenia potrzeby aktualizacji danych wykazanych we wniosku, np. adresu lub numeru rachunku bankowego natychmiast możesz dokonać tej zmiany poprzez SODiR bez konieczności wysyłania dokumentów w wersji papierowej, a tym samym dłuższego czasu oczekiwania na aktualizację.

**Wyeliminowanie możliwości złożenia wniosku na błędnym druku.**

<sup>48</sup> Podręcznik dostępny jest na witrynie PFRON ([www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl)) zakładka Osoby niepełnosprawne/ Dofinansowanie działalności gospodarczej/Refundacja składek ZUS/Aplikacja SODiR lub zakładka Osoby niepełnosprawne/Wsparcie dla rolników/Aplikacja SODiR/Aplikacja on-line.

Składając dokument drogą elektroniczną nie masz możliwości złożenia wniosku na błędnym formularzu.

**Stały dostęp do informacji związanych z obsługą złożonych wniosków.** Posiadasz dostęp do korespondencji, która generuje się bezpośrednio po złożeniu dokumentu, co ułatwia szybszy przepływ informacji z PFRON.

**Dbałość o środowisko** – mniej zużytego papieru, to mniej wyciętych drzew. Jednocześnie korzystając z elektronicznej formy składania dokumentów w dalszym ciągu masz możliwość złożenia wniosku drogą papierową. Możliwość ta stanowi swego rodzaju zabezpieczenie w przypadku wystąpienia problemów technicznych z przesyłaniem dokumentów drogą elektroniczną.

## **Sekcja 4.02. Forma zmiany sposobu wysyłania dokumentów z papierowej na elektroniczną lub wystąpienia o nowe hasło do SODiR**

Jeżeli wnioskodawca chce składać wnioski Wn-U-G lub Wn-U-A w formie elektronicznej, powinien na kolejnym składanym papierowo wniosku Wn-U-G lub Wn-U-A zaznaczyć pole „wybieram elektroniczną formę składania wniosków” (sekcja Oświadczeń na dole wniosku). Po złożeniu takiego oświadczenia wnioskodawca otrzyma od Funduszu listownie (względny bezpieczeństwa) identyfikator oraz hasło dostępu do programu informatycznego udostępnionego przez Fundusz, a także instrukcję pierwszego logowania oraz generowania certyfikatu PFRON (podpis elektroniczny).

Aby otrzymać nowe dane do logowania (jednorazowe hasło i/lub login) prześlij do Funduszu prośbę o ponowne udostępnienie danych umożliwiających zalogowanie się do Systemu Obsługi Dofinansowań i Refundacji (SODiR). Prośba o nadanie nowego hasła i loginu powinna zawierać następujące dane:

- imię i nazwisko/pełna nazwa Beneficjenta,
- adres,
- NIP, REGON,
- PESEL,
- numer PFRON,
- login do logowania się w SODiR, otrzymany od PFRON (o ile jest znany).

Dodatkowo wyżej wymieniona prośba powinna być podpisana przez wnioskodawcę, bądź osobę upoważnioną, dla której wnioskodawca przedłożył w Funduszu stosowne pełnomocnictwo.

Prośbę o nadanie nowych danych do logowania zawierającą wyżej wskazane informacje prześlij w formie pisma tradycyjnego do właściwego terytorialnie oddziału PFRON bądź w formie maila na adres: [sod@pfron.org.pl](mailto:sod@pfron.org.pl). Odpowiedź na poprawnie sformułowaną prośbę otrzymasz pisemnie za pośrednictwem poczty. W sytuacji, gdy nie otrzymałeś jeszcze korespondencji z loginem i hasłem jednorazowym i nie masz możliwości złożenia wniosku elektronicznie – a zbliża się termin na jego złożenie – powinieneś przesać dokumenty w formie papierowej do właściwego terytorialnie oddziału PFRON celem zachowania terminu (adresy do oddziałów znajdziesz w ostatniej części broszury).

### **Sekcja 4.03. Rekomendacje techniczne dla aplikacji SODiR on-line**

Do korzystania z Systemu Obsługi Dofinansowań i Refundacji zaleca się stosowanie niżej wymienionych systemów operacyjnych:

- Windows 7 (wersja 32-bitowa i 64-bitowa)
- Windows 8 (wersja 32-bitowa i 64-bitowa)
- Windows 10 (wersja 32-bitowa i 64-bitowa)

Do poprawnej obsługi aplikacji SODiR on-line zalecana jest jedna z poniższych przeglądarek internetowych:

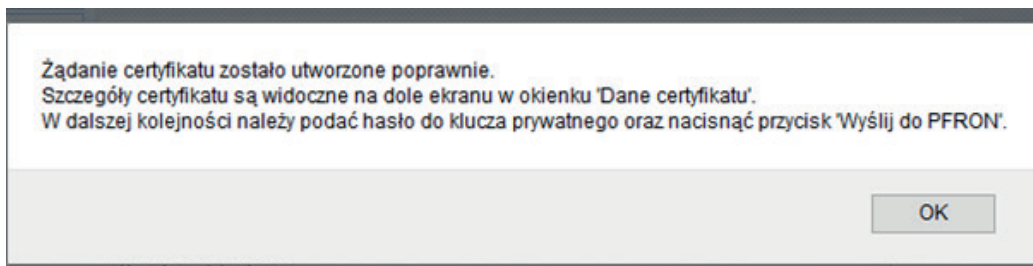
- Mozilla Firefox w wersji 51
- Internet Explorer w wersji 11

**Uwaga!** Do korzystania z podpisu kwalifikowanego w SODiR on-line nadal wymagana jest instalacja aktywnego składnika Java (JRE) w wersji 8.121.

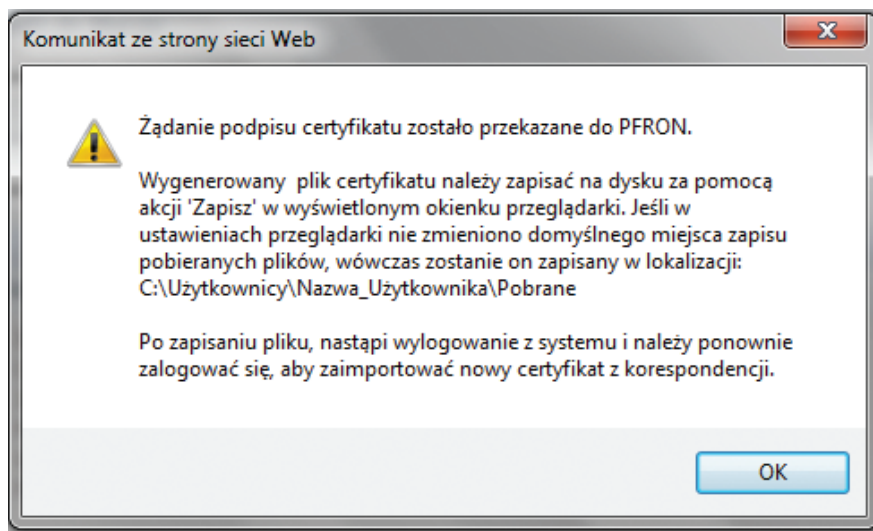
### **Sekcja 4.04. Generowanie certyfikatu PFRON**

Certyfikat PFRON jest niezbędny do podpisywania dokumentów wysyłanych przez System Obsługi Dofinansowań i Refundacji. W pierwszym logowaniu po zmianie hasła jednorazowego system poinformuje Cię o konieczności wygenerowania certyfikatu.

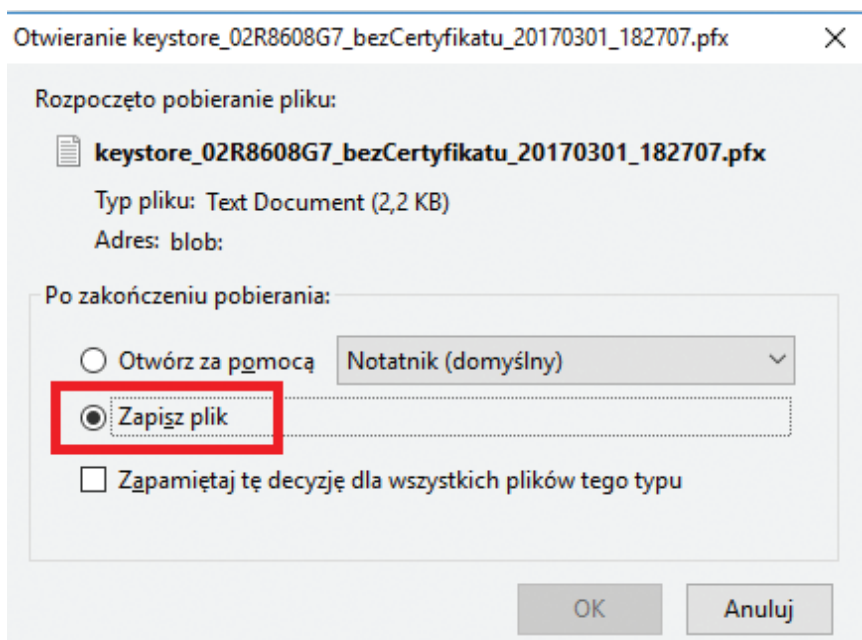
Aby wygenerować certyfikat PFRON, wybierz w module Administracja – „Nowy certyfikat PFRON”. W celu wygenerowania klucza prywatnego, kliknij przycisk „Generowanie żądania wydania certyfikatu”. Wówczas automatycznie wypełni się pozycja „Dane certyfikatu”. Po wygenerowaniu żądania certyfikatu ukaże się informacja:



Wybierz przycisk „OK”. Następnie wprowadź oraz powtórz hasło do klucza składające się z co najmniej sześciu znaków (mogą to być litery bądź cyfry, bez polskich znaków np. ś, ć), które będzie wymagane przy każdym jego użyciu podczas pracy z dokumentami. Proces generowania certyfikatu kończy się naciśnięciem przycisku „Wyślij do PFRON”, który znajduje się na dole ekranu. Wówczas wyświetli się komunikat:



Po zakończeniu procesu generowania klucza, plik klucza zostanie udostępniony przez aplikację do zapisu na dysku.



W celu zapisania pliku użyj akcji „Zapisz” dostępnej w okienku zapisu przeglądarki, które wyświetli się po naciśnięciu przycisku „Wyślij do PFRON”. Plik będzie miał nazwę:

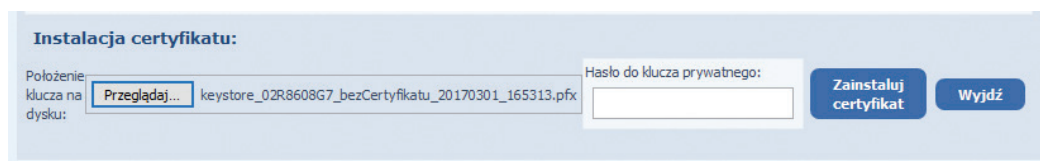
**keystore\_<numer pfron>\_bezCertyfikatu\_<data>\_<godzina>.pfx**

(przykład pliku: keystore\_02R8219D5\_bezCertyfikatu\_20170301\_080612.pfx).

Po ponownym zalogowaniu się do systemu w pierwszej kolejności odczytaj korespondencję przesłaną z Funduszu, do której zostanie dołączony certyfikat PFRON. W tym celu wybierz moduł Korespondencja, a następnie „Lista wiadomości otrzymanych” i naciśnij klawisz „Odśwież”. Podczas instalowania certyfikatu PFRON kliknij przycisk „Przeglądaj” znajdujący się na dole ekranu. Wówczas otworzy się okno, w którym odszukaj i wybierz zapisany wcześniej plik:

**keystore\_<numer pfron>\_bezCertyfikatu\_<data>\_<godzina>.pfx**

oraz kliknij „Otwórz”. Klucz prywatny zostanie wczytany, co będzie widoczne na dole ekranu:



Po wczytaniu klucza oraz podaniu hasła, wybierz przycisk „Zainstaluj certyfikat”. Wówczas plik klucza z zainstalowanym certyfikatem zostanie udostępniony przez aplikację do zapisu na dysku. Plik będzie miał nazwę:

**keystore\_<numer pfron>\_<numer certyfikatu>\_<data>\_<godzina>.pfx**

Aby zapisać certyfikat, posłuż się akcją „Zapisz” dostępną w wyświetlonym okienku zapisu w przeglądarce. Jeśli w ustawieniach przeglądarki nie zmieniłeś domyślnego miejsca zapisu pobieranych plików, zapisany klucz zostanie umieszczony w katalogu „Pobrane”.

Katalog „Pobrane” zazwyczaj znajduje się w lokalizacji:

C:\Użytkownicy\<nazwa użytkownika>\Pobrane.

Po imporcie certyfikatu system powraca do listy wiadomości otrzymanych. Od tej pory wysyłane do Funduszu dokumenty będziesz mógł podpisywać zapisanym na komputerze certyfikatem PFRON.

Jeżeli korzystałeś już wcześniej z SODiR i Twój certyfikat stracił ważność – możesz również wygenerować nowy certyfikat. W tym celu wybierz moduł **Administracja**, a następnie funkcję **Nowy certyfikat PFRON**. Zostanie otwarty formularz przeznaczony do generowania nowego certyfikatu i wówczas należy postępować w sposób opisany jak wyżej.

## **Sekcja 4.05. Rejestracja certyfikatu kwalifikowanego**

W celu zwiększenia bezpieczeństwa, system SODiR umożliwia autoryzowanie dokumentów podczas ich zapisywania i wysyłania za pomocą podpisu kwalifikowanego. Jednak do prawidłowej pracy z dokumentami niezbędne jest wygenerowanie oraz wczytanie certyfikatu PFRON przed rozpoczęciem edycji formularzy.

**Uwaga! Do korzystania z podpisu kwalifikowanego w SODiR on-line nadal wymagana jest instalacja aktywnego składnika Java (JRE) w wersji 8.121.**

Aby zarejestrować certyfikat kwalifikowany, wybierz w module **Administracja** pozycję „Nowy certyfikat kwalifikowany”.

## Rejestracja certyfikatu kwalifikowanego beneficjenta

### Dane beneficjenta

Numer w rejestrze PFRON

02R8617G5

NIP

6699669966

Skrócona nazwa Beneficjenta

KOKOKO

### Wybór certyfikatu

☒ Wystawiony dla: nazwa\_użytkownika, Wystawiony przez: nazwa\_wystawcy, Nr seryjny: numer\_seryjny, Ważny do: okres\_ważności

☐ Wystawiony dla: nazwa\_użytkownika2, Wystawiony przez: nazwa\_wystawcy, Nr seryjny: numer\_seryjny, Ważny do: okres\_ważności

Wybierz certyfikat

Anuluj

Następnie kliknij przycisk „Wybierz certyfikat” i zaznacz pole wyboru przy odpowiednim certyfikacie. Wówczas pozycje w polu Szczegóły certyfikatu kwalifikowanego zostaną uzupełnione danymi.

### Certyfikat kwalifikowany

Szczegóły certyfikatu kwalifikowanego

Imię

Nazwisko

PESEL

NIP

Numer seryjny certyfikatu

Odcisk palca certyfikatu

Data rejestracji certyfikatu kwalifikowanego

2016-01-21

Wyślij do PFRON

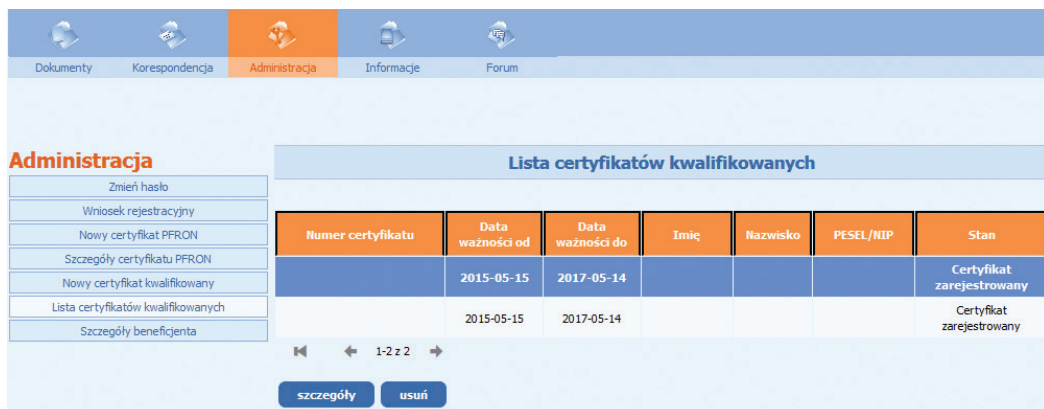
Anuluj

Po sprawdzeniu danych certyfikatu wybierz „**Wyślij do PFRON**”. O prawidłowym przebiegu rejestracji certyfikatu kwalifikowanego zostaniesz poinformowany następującym komunikatem:

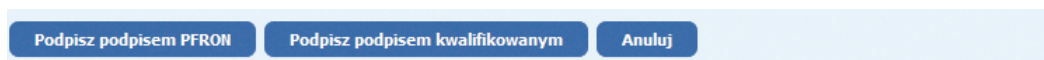


Aby móc podpisywać dokumenty podpisem kwalifikowanym w aplikacji SODiR, po poprawnym zarejestrowaniu certyfikatu wyloguj się i zaloguj ponownie.

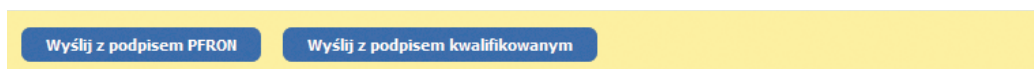
Po zalogowaniu się do SODiR w module Administracja w pozycji „Lista certyfikatów kwalifikowanych” znajdziesz szczegóły zarejestrowanych certyfikatów kwalifikowanych.



Aby podpisać dokument podpisem kwalifikowanym, po poprawnym wypełnieniu wniosku wybierz przycisk „Podpisz podpisem kwalifikowanym”.



Aby wysłać dokument z podpisem kwalifikowanym, należy po poprawnym wypełnieniu wniosku wybrać przycisk „Wyślij z podpisem kwalifikowanym”.



Szczegółowe wyjaśnienia w kwestii rejestracji certyfikatu kwalifikowanego oraz korzystania z aplikacji SODiR znajdziesz na witrynie [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl)<sup>49</sup>.

<sup>49</sup> [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl) zakładka Osoby niepełnosprawne/Dofinansowanie działalności gospodarczej/Refundacja składek ZUS/Aplikacja SODiR lub zakładka Osoby niepełnosprawne/Wsparcie dla rolników/Aplikacja SODiR.

## Sekcja 4.06. Przygotowywanie i wysyłanie dokumentów

Zaloguj się na stronę [www.sod.pfron.org.pl](http://www.sod.pfron.org.pl) i wygeneruj certyfikat (sposób generowania certyfikatu PFRON jest dostępny w artykule **Generowanie certyfikatu**). Certyfikat PFRON jest ważny przez 2 lata. W każdej chwili możesz wygenerować nowy certyfikat. Wygenerowanie nowego certyfikatu automatycznie unieważnia dotychczas używany certyfikat.

### Instrukcja tworzenia wniosku/korekty wniosku Wn-U-G

#### Jak wysłać wniosek Wn-U-G

1. Wybierz moduł **Dokumenty**, a następnie **Nowy dokument Wn-U-G**. Wypełnij wszystkie wymagane, zgodnie z objaśnieniem do formularza, pozycje.
2. Po uzupełnieniu wymaganych pozycji zapisz wniosek Wn-U-G przez wybranie przycisku **Podpisz podpisem PFRON** lub **Podpisz podpisem kwalifikowanym**. Wypełniony wniosek wymaga autoryzacji – w tym celu wpisz hasło do certyfikatu. Podczas próby zapisywania wniosku system dokonuje pierwszego sprawdzenia poprawności wpisanych przez Ciebie danych. W przypadku wystąpienia błędu system poprosi Cię o poprawienie podświetlonych na czerwono pól.
3. Jeśli wszystkie wymagane pola wypełniłeś poprawnie, autoryzuj wniosek, podając hasło do certyfikatu. Po wpisaniu hasła i naciśnięciu **OK** wniosek zostanie zapisany, o czym informuje system. Następuje powrót do wypełnionego wniosku.
4. Wniosek możesz jeszcze edytować (przycisk **Edycja**) lub wysłać do PFRON (przycisk **Wyślij z podpisem PFRON** lub **Wyślij z podpisem kwalifikowanym**).

#### Jak wysłać korektę wniosku Wn-U-G

1. Wybierz moduł **Dokumenty**, a następnie **Listę dokumentów Wn-U-G**.
2. Wybierz okres sprawozdawczy, za który chcesz złożyć korektę i kliknij przycisk **Odśwież**.
3. Zaznacz wniosek, do którego będziesz tworzyć korektę oraz wybierz opcję **Utwórz korektę**. Czynność ta spowoduje skopiowanie wniosku Wn-U-G.
4. Po uzupełnieniu wymaganych pozycji zapisz wniosek Wn-U-G przez wybranie przycisku **Podpisz podpisem PFRON** lub **Podpisz podpisem kwalifikowanym**.

**kwalifikowanym.** Wypełniony wniosek wymaga autoryzacji – w tym celu wpisz hasło do certyfikatu. Podczas próby zapisywania wniosku system dokonuje pierwszego sprawdzenia poprawności wpisanych przez Ciebie danych. W przypadku wystąpienia błędu system poprosi Cię o poprawienie podświetlonych na czerwono pól.

5. Jeśli wszystkie wymagane pola wypełniłeś poprawnie, autoryzuj wniosek, podając hasło do certyfikatu. Po wpisaniu hasła i naciśnięciu **OK** wniosek zostanie zapisany, o czym informuje system. Następuje powrót do wypełnionego wniosku.
6. Wniosek możesz jeszcze edytować (przycisk **Edycja**) lub wysłać do PFRON (przycisk **Wyślij z podpisem PFRON** lub **Wyślij z podpisem kwalifikowanym**).

## Instrukcja tworzenia wniosku/korekty wniosku Wn-U-G wraz z INF-O-PdM lub INF-O-PdR

### Jak wysłać wniosek Wn-U-G z formularzem INF-O-PdM/INF-O-PdR

1. Wybierz moduł **Dokumenty**, a następnie **Nowy dokument Wn-U-G**. Wypełnij wszystkie wymagane, zgodnie z objaśnieniem do formularza, pozycje.
2. Zaznacz poniżej sekcji oświadczeń: Załączam informację o każdej pomocy innej niż de minimis, jaką otrzymałem(am) w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikowanych (składek).
3. Po uzupełnieniu wymaganych pozycji zapisz wniosek Wn-U-G przez wybranie przycisku **Podpisz podpisem PFRON** lub **Podpisz podpisem kwalifikowanym**. Wypełniony wniosek wymaga autoryzacji – w tym celu wpisz hasło do certyfikatu. Podczas próby zapisywania wniosku system dokonuje pierwszego sprawdzenia poprawności wpisanych przez Ciebie danych. W przypadku wystąpienia błędu system poprosi Cię o poprawienie podświetlonych na czerwono pól.
4. Jeśli wszystkie wymagane pola wypełniłeś poprawnie, autoryzuj wniosek, podając hasło do certyfikatu. Po wpisaniu hasła i naciśnięciu **OK** wniosek zostanie zapisany, o czym informuje system. Następuje powrót do wypełnionego wniosku.
5. W celu dodania załącznika wybierz dostępny na dole wniosku przycisk **Załączniki**.
6. Pojawi się lista załączników. Wybierz opcję **dodaj INF-O-PdM** lub **dodaj INF-O-PdR** w zależności od rodzaju prowadzonej działalności. Jeżeli prowadzisz działalność gospodarczą w sektorze rybołówstwa

i akwakultury lub w dziedzinie produkcji podstawowej produktów rolnych – **dodaj INF-O-PdR**. Jeżeli prowadzisz działalność gospodarczą w pozostałych sektorach – **dodaj INF-O-PdM**.

7. Po uzupełnieniu wymaganych pozycji zapisz formularz INF-O-PdM/INF-O-PdR przez wybranie przycisku **Podpisz podpisem PFRON** lub **Podpisz podpisem kwalifikowanym**. Wypełniony wniosek wymaga autoryzacji – w tym celu wpisz hasło do certyfikatu. Podczas próby zapisywania wniosku system dokonuje pierwszego sprawdzenia poprawności wpisanych przez Ciebie danych. W przypadku wystąpienia błędu system poprosi Cię o poprawienie podświetlonych na czerwono pól.
8. Jeśli wszystkie wymagane pola wypełniłeś poprawnie, autoryzuj wniosek, podając hasło do certyfikatu. Po wpisaniu hasła i naciśnięciu **OK** wniosek zostanie zapisany, o czym informuje system.
9. Po powrocie do listy załączników wybierz przycisk **Powrót** – co spowoduje, że przejdziesz do zapisanego wcześniej wniosku Wn-U-G. Wniosek możesz jeszcze edytować (przycisk **Edycja**) lub wysłać do PFRON (przycisk **Wyślij z podpisem PFRON** lub **Wyślij z podpisem kwalifikowanym**).

### Jak wysłać korektę wniosku Wn-U-G z formularzem INF-O-PdM/INF-O-PdR

1. Wybierz moduł **Dokumenty**, a następnie **Listę dokumentów Wn-U-G**.
2. Wybierz okres sprawozdawczy, za który chcesz złożyć korektę i kliknij przycisk **Odśwież**.
3. Zaznacz wniosek, do którego będziesz tworzyć korektę oraz wybierz opcję **Utwórz korektę**. Czynność ta spowoduje kopiowanie wniosku Wn-U-G. Wypełnij wszystkie wymagane, zgodnie z objaśnieniem do formularza, pozycje.
4. Zaznacz poniżej sekcji oświadczeń: Załączam informację o każdej pomocy innej niż de minimis, jaką otrzymałem(am) w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikowanych (składek).
5. Po uzupełnieniu wymaganych pozycji zapisz wniosek Wn-U-G przez wybranie przycisku **Podpisz podpisem PFRON** lub **Podpisz podpisem kwalifikowanym**. Wypełniony wniosek wymaga autoryzacji – w tym celu wpisz hasło do certyfikatu. Podczas próby zapisywania wniosku system dokonuje pierwszego sprawdzenia poprawności wpisanych przez Ciebie danych. W przypadku wystąpienia błędu system poprosi Cię o poprawienie podświetlonych na czerwono pól.

6. Jeśli wszystkie wymagane pola wypełniłeś poprawnie, autoryzuj wniosek, podając hasło do certyfikatu. Po wpisaniu hasła i naciśnięciu **OK** wniosek zostanie zapisany, o czym informuje system. Następuje powrót do wypełnionego wniosku.
7. W celu dodania załącznika wybierz dostępny na dole wniosku przycisk **Załączniki**.
8. Pojawi się lista załączników. Wybierz opcję **dodaj INF-O-PdM** lub **dodaj INF-O-PdR** w zależności od rodzaju prowadzonej działalności. Jeżeli prowadzisz działalność gospodarczą w sektorze rybołówstwa i akwakultury lub w dziedzinie produkcji podstawowej produktów rolnych – **dodaj INF-O-PdR**. Jeżeli prowadzisz działalność gospodarczą w pozostałych sektorach – **dodaj INF-O-PdM**.
9. Po uzupełnieniu wymaganych pozycji zapisz formularz INF-O-PdM/ INF-O-PdR przez wybranie przycisku **Podpisz podpisem PFRON** lub **Podpisz podpisem kwalifikowanym**. Wypełniony wniosek wymaga autoryzacji – w tym celu wpisz hasło do certyfikatu. Podczas próby zapisywania wniosku system dokonuje pierwszego sprawdzenia poprawności wpisanych przez Ciebie danych. W przypadku wystąpienia błędu system poprosi Cię o poprawienie podświetlonych na czerwono pól.
10. Jeśli wszystkie wymagane pola wypełniłeś poprawnie, autoryzuj wniosek, podając hasło do certyfikatu. Po wpisaniu hasła i naciśnięciu **OK** wniosek zostanie zapisany, o czym informuje system.
11. Po powrocie do listy załączników wybierz przycisk **Powrót** – co spowoduje, że przejdziesz do zapisanego wcześniej wniosku Wn-U-G. Wniosek możesz jeszcze edytować (przycisk **Edycja**) lub wysłać do PFRON (przycisk **Wyślij z podpisem PFRON** lub **Wyślij z podpisem kwalifikowanym**).

Wniosek wysłany do PFRON nie podlega dalszej edycji. Możesz sprawdzić, jaki status uzyskał złożony przez Ciebie dokument przez odczytanie korespondencji systemowej (wybierz moduł **korespondencja**, a następnie przejdź do **listy wiadomości otrzymanych**).

**Pamiętaj, że składając wniosek w formie elektronicznej, nie masz możliwości zmiany danych nagłówkowych, tj. numer PFRON, NIP, REGON.**

## Instrukcja tworzenia wniosku/korekty wniosku Wn-U-A wraz z INF-O-PdR

### Jak wysłać wniosek Wn-U-A z formularzem INF-O-PdR

1. Wybierz moduł **Dokumenty**, a następnie **Nowy dokument Wn-U-A**. Wypełnij wszystkie wymagane zgodnie z objaśnieniem do formularza pozycje.
2. Zaznacz poniżej sekcji oświadczeń: Załączam informację o każdej pomocy innej niż de minimis, jaką otrzymałem(am) w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikowanych (składek).
3. Po uzupełnieniu wymaganych pozycji zapisz wniosek Wn-U-A przez wybranie przycisku **Podpisz podpisem PFRON** lub **Podpisz podpisem kwalifikowanym**. Wypełniony wniosek wymaga autoryzacji – w tym celu wpisz hasło do certyfikatu. Podczas próby zapisywania wniosku system dokonuje pierwszego sprawdzenia poprawności wpisanych przez Ciebie danych. W przypadku wystąpienia błędu system poprosi Cię o poprawienie podświetlonych na czerwono pól.
4. Jeśli wszystkie wymagane pola wypełniłeś poprawnie, autoryzuj wniosek, podając hasło do certyfikatu. Po wpisaniu hasła i naciśnięciu **OK** wniosek zostanie zapisany, o czym informuje system. Następuje powrót do wypełnionego wniosku.
5. W celu dodania załącznika wybierz dostępny na dole wniosku przycisk **Załączniki**.
6. Pojawi się lista załączników. Wybierz opcję **dodaj INF-O-PdR**. Po uzupełnieniu wymaganych pozycji zapisz formularz INF-O-PdR przez wybranie przycisku **Podpisz podpisem PFRON** lub **Podpisz podpisem kwalifikowanym**. Wypełniony wniosek wymaga autoryzacji – w tym celu wpisz hasło do certyfikatu. Podczas próby zapisywania wniosku system dokonuje pierwszego sprawdzenia poprawności wpisanych przez Ciebie danych. W przypadku wystąpienia błędu system poprosi Cię o poprawienie podświetlonych na czerwono pól.
7. Jeśli wszystkie wymagane pola wypełniłeś poprawnie, autoryzuj wniosek, podając hasło do certyfikatu. Po wpisaniu hasła i naciśnięciu **OK** wniosek zostanie zapisany, o czym informuje system.
8. Po powrocie do listy załączników wybierz przycisk **Powrót** – co spowoduje, że przejdiesz do zapisanego wcześniej wniosku Wn-U-A. Wniosek możesz jeszcze edytować (przycisk **Edycja**) lub wysłać do PFRON (przycisk **Wyślij z podpisem PFRON** lub **Wyślij z podpisem kwalifikowanym**).

## Jak wysłać korektę wniosku Wn-U-A z formularzem INF-O-PdR

1. Wybierz moduł **Dokumenty**, a następnie **Listę dokumentów Wn-U-A**.
2. Wybierz okres sprawozdawczy, za który chcesz złożyć korektę i kliknij przycisk **Odśwież**.
3. Zaznacz wniosek, do którego będziesz tworzyć korektę oraz wybierz opcję **Utwórz korektę**. Czynność ta spowoduje kopiowanie wniosku Wn-U-A. Wypełnij wszystkie wymagane, zgodnie z objaśnieniem do formularza, pozycje.
4. Zaznacz poniżej sekcji oświadczeń: Załączam informację o każdej pomocy innej niż de minimis, jaką otrzymałem(am) w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikowanych (składek).
5. Po uzupełnieniu wymaganych pozycji zapisz wniosek Wn-U-A przez wybranie przycisku **Podpisz podpisem PFRON** lub **Podpisz podpisem kwalifikowanym**. Wypełniony wniosek wymaga autoryzacji – w tym celu wpisz hasło do certyfikatu. Podczas próby zapisywania wniosku system dokonuje pierwszego sprawdzenia poprawności wpisanych przez Ciebie danych. W przypadku wystąpienia błędu system poprosi Cię o poprawienie podświetlonych na czerwono pól.
6. Jeśli wszystkie wymagane pola wypełniłeś poprawnie, autoryzuj wniosek, podając hasło do certyfikatu. Po wpisaniu hasła i naciśnięciu **OK** wniosek zostanie zapisany, o czym informuje system. Następuje powrót do wypełnionego wniosku.
7. W celu dodania załącznika wybierz dostępny na dole wniosku przycisk **Załączniki**.
8. Pojawi się lista załączników. Wybierz opcję **dodaj INF-O-PdR**. Po uzupełnieniu wymaganych pozycji zapisz formularz INF-O-PdR przez wybranie przycisku **Podpisz podpisem PFRON** lub **Podpisz podpisem kwalifikowanym**. Wypełniony wniosek wymaga autoryzacji – w tym celu wpisz hasło do certyfikatu. Podczas próby zapisywania wniosku system dokonuje pierwszego sprawdzenia poprawności wpisanych przez Ciebie danych. W przypadku wystąpienia błędu system poprosi Cię o poprawienie podświetlonych na czerwono pól.
9. Jeśli wszystkie wymagane pola wypełniłeś poprawnie, autoryzuj wniosek, podając hasło do certyfikatu. Po wpisaniu hasła i naciśnięciu **OK** wniosek zostanie zapisany, o czym informuje system.

10. Po powrocie do listy załączników wybierz przycisk **Powrót** – co spowoduje, że przejdziesz do zapisanego wcześniej wniosku Wn-U-A. Wniosek możesz jeszcze edytować (przycisk **Edycja**) lub **wysłać do PFRON** (przycisk **Wyślij z podpisem PFRON** lub **Wyślij z podpisem kwalifikowanym**).

Wniosek wysłany do PFRON-u nie podlega dalszej edycji. Możesz sprawdzić jaki status uzyskał złożony przez Ciebie dokument przez odczytanie korespondencji systemowej (wybierz moduł **korespondencja**, a następnie przejdź do **listy wiadomości otrzymanych**).

**Pamiętaj, że składając wniosek w formie elektronicznej, nie masz możliwości zmiany danych nagłówkowych, tj. numer PFRON, NIP, PESEL.**

## Artykuł V. Kontakt z PFRON w sprawie refundacji składek na ubezpieczenia społeczne

### ■ INFOLINIA: 22 581 84 10 wew. 1

czynna w godz. 9.00–15.00 w dni robocze

Opłata za połączenie zgodna z cennikiem operatora.

Pracownicy infolinii udzielają informacji w sprawach związanych z dofinansowaniem do wynagrodzeń pracowników niepełnosprawnych lub refundacją składek na ubezpieczenie społeczne oraz zagadnieniami technicznymi Systemu Obsługi Dofinansowań i Refundacji (SODiR). Adres poczty elektronicznej: [sod@pfron.org.pl](mailto:sod@pfron.org.pl)

### ■ Biuro PFRON

al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa

tel. 22 50 55 500 (centrala)

### ■ Strona internetowa PFRON – [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl)

Na stronie PFRON uruchomiliśmy zakładkę do obsługi on-line tłumaczeń migowych. Zakładka, oznaczona znakiem:



znajduje się w bloku **Infolinie** w prawym górnym rogu ekranu głównego witryny. Kliknięcie uruchamia aplikację, pozwalającą na połączenie się z tłumaczem on-line. Kontakt z tłumaczem języka migowego (PJM/SJM) możliwy jest od poniedziałku do piątku w godzinach 8.30–15.30.

Ponadto w biurze Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych przy al. Jana Pawła II 13 w Warszawie została zapewniona obsługa osób niesłyszących przy pomocy tłumacza języka migowego on-line (PJM/SJM). Tłumacz pozwala osobom niesłyszącym, które posługują się językiem migowym, na kontakt z urzędnikami.

System jest oparty na bezpośrednim dostępie on-line (w godzinach pracy urzędu) do tłumaczy języka migowego przez specjalne urządzenie (wideofon). Urządzenie jest zainstalowane na stanowisku Informacji Systemu Obsługi Dofinansowań i Refundacji.

Osoby głuchoniewidome, chcące skorzystać ze wsparcia tłumacza SKOBN (art. 10 ust. 1 Ustawy o języku migowym), prosimy o zgłoszenie takiej potrzeby co najmniej na 3 dni robocze przed zdarzeniem – z wyłączeniem sytuacji nagłych (art. 12 ust. 1 Ustawy o języku migowym).

### ■ System Obsługi Dofinansowań i Refundacji

<https://www.sod.pfron.org.pl/>

1. **Oddział Dolnośląski**  
ul. Szewska 6/7  
50-053 Wrocław  
tel. 71 34 67 440  
fax: 71 342 12 60  
e-mail: wroclaw@pfron.org.pl
2. **Oddział Kujawsko-Pomorski**  
ul. Szosa Chełmińska 30  
87-100 Toruń  
tel. 56 68 14 400  
fax: 56 655 60 02 w. 31  
e-mail: torun@pfron.org.pl
3. **Oddział Lubelski**  
ul. W. Kunickiego 59  
20-422 Lublin  
tel. 81 46 67 600  
fax: 81. 743 88 79  
e-mail: lublin@pfron.org.pl
4. **Oddział Lubuski**  
ul. Bohaterów Westerplatte 11  
65-034 Zielona Góra  
tel. 68 42 27 800  
fax: 68 320 55 80  
e-mail: zielonagora@pfron.org.pl
5. **Oddział Łódzki**  
ul. Kilińskiego 169  
90-353 Łódź  
tel. 42 20 50 100  
fax: 42 20 50 130  
e-mail: pfron.lodz@pfron.org.pl
6. **Oddział Małopolski**  
ul. Na Zjeździe 11  
30-527 Kraków  
tel. 12 31 21 400  
fax: 12 415 86 85  
e-mail: krakow@pfron.org.pl
7. **Oddział Mazowiecki**  
al. Jana Pawła II 13 – III p.  
00-828 Warszawa  
tel.: 22 31 18 312,  
22 31 18 313  
fax: 22 31 18 311  
e-mail: warszawa@pfron.org.pl
8. **Oddział Opolski**  
ul. Katowicka 55  
45-061 Opole  
tel. 77 88 72 000  
e-mail: opole@pfron.org.pl

**9. Oddział Podkarpacki**

ul. Rejtana 10  
35-310 Rzeszów  
tel. 17 28 39 300  
fax: 17 853 26 12  
e-mail: rzeszow@pfron.org.pl

**10. Oddział Podlaski**

ul. Fabryczna 2  
15-483 Białystok  
tel. 85 73 38 700  
fax: 85 65 44 583  
e-mail: bialystok@pfron.org.pl

**11. Oddział Pomorski**

al. Grunwaldzka 184  
80-266 Gdańsk  
tel. 58 350 05 00  
fax: 58 552 28 06  
e-mail: gdansk@pfron.org.pl

**12. Oddział Śląski**

pl. Grunwaldzki 8-10/8  
40-127 Katowice  
tel. 32 49 32 100  
fax: 32 203 68 34  
e-mail: katowice@pfron.org.pl

**13. Oddział Świętokrzyski**

al. IX Wieków Kielc 3  
25-516 Kielce  
tel. 41 23 09 700  
fax: 41 342 19 68  
e-mail: kielce@pfron.org.pl

**14. Oddział Warmińsko-Mazurski**

ul. A. Mickiewicza 21/23  
10-508 Olsztyn  
tel. 89 72 29 000  
e-mail: olsztyn@pfron.org.pl

**15. Oddział Wielkopolski**

ul. Lindego 6  
60-573 Poznań  
tel. 61 66 64 600  
e-mail: poznan@pfron.org.pl

**16. Oddział Zachodniopomorski**

al. Powstańców Wielkopolskich 33  
70-111 Szczecin  
tel. 91 35 09 700  
fax: 91 482 09 20  
e-mail: szczecin@pfron.org.pl

# Artykuł VI. Wzory wniosków i formularzy

## Formularz Wn-U-G

### Wn-U-G

Wniosek osoby niepełnosprawnej wykonującej działalność gospodarczą o wypłatę refundacji składek na ubezpieczenia społeczne

|                  |                                                                                                                                                                                                    |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Podstawa prawna  | Art. 25c ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 511, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”. |
| Składający       | Wnioskodawca, o którym mowa w art. 25a ust. 1 pkt 1 ustawy, któremu przysługuje refundacja składek na ubezpieczenia społeczne ze środków PFRON.                                                    |
| Termin składania | Do ostatniego dnia miesiąca, w którym upłynął termin do opłacenia składek na ubezpieczenia za dany miesiąc.                                                                                        |
| Adresat          | Zarząd Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa.                                                                                           |

|                                         |                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>A. Dane o dokumencie<sup>1</sup></b> | 1. Rodzaj dokumentu <input type="checkbox"/> 1. Zgłoszeniowy <input type="checkbox"/> 2. Dotyczący miesięcznej refundacji <input type="checkbox"/> 3. Korygujący |
|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                     |                                               |                                           |                                    |                                                 |                                                  |  |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--|
| <b>B. Dane ewidencyjne wnioskodawcy<sup>2</sup></b> |                                               |                                           |                                    |                                                 | 2. Numer w rejestrze PFRON <sup>3</sup><br>_____ |  |
| 3. NIP <sup>3</sup><br>_____                        | 4. NIP płatnika składek <sup>4</sup><br>_____ | 5. REGON <sup>5</sup><br>_____            | 6. PESEL <sup>3</sup><br>_____     |                                                 |                                                  |  |
| 7. Pełna nazwa płatnika składek<br>_____            |                                               | 8. Nazwisko<br>_____                      |                                    | 9. Pierwsze imię<br>_____                       |                                                  |  |
| 10. Forma prawna(1) <sup>6</sup><br>_____           | 11. Forma prawna(2) <sup>7</sup><br>_____     | 12. Forma własności <sup>8</sup><br>_____ | 13. Wielkość <sup>9</sup><br>_____ | 14. Identyfikator adresu <sup>10</sup><br>_____ | 15. PKD <sup>11</sup><br>_____                   |  |

|                                                                                          |                |                                                                                                            |                               |                                                          |                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------|
| <b>C. Informacja o składkach na ubezpieczenia społeczne i stopniu niepełnosprawności</b> |                |                                                                                                            |                               |                                                          |                             |
| 16. Okres sprawozdawczy <sup>12</sup>                                                    |                | 17. Kwota składek na ubezpieczenie emerytalne <sup>13</sup>                                                |                               | 18. Kwota składek na ubezpieczenie rentowe <sup>13</sup> |                             |
| 1. Miesiąc<br>____                                                                       | 2. Rok<br>____ | _____, ____                                                                                                |                               | _____, ____                                              |                             |
| 19. Liczba dni prowadzenia działalności gospodarczej <sup>14</sup><br>____               |                | 20. Liczba dni prowadzenia działalności gospodarczej oraz udokumentowanej niepełnosprawności <sup>15</sup> |                               |                                                          |                             |
|                                                                                          |                | 1. Ogółem<br>____                                                                                          | 2. W stopniu znacznym<br>____ | 3. W stopniu umiarkowanym<br>____                        | 4. W stopniu lekkim<br>____ |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>D. Wniosek o wypłatę miesięcznej refundacji składek na ubezpieczenia społeczne<sup>1</sup></b>                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                               |
| 21. Otrzymana pomoc <i>de minimis</i> <sup>16</sup><br><input type="checkbox"/> 1. Wnioskodawca nie otrzymał pomocy <i>de minimis</i><br><input type="checkbox"/> 2. Wnioskodawca otrzymał pomoc <i>de minimis</i> udzieloną przez PFRON<br><input type="checkbox"/> 3. Wnioskodawca otrzymał pomoc <i>de minimis</i> inną niż udzieloną przez PFRON <sup>18</sup> |  | 22. Kwota refundacji składek uzyskana ze środków publicznych za miesiąc, którego dotyczy wniosek <sup>17</sup><br>_____, ____ |
| 23. Należna kwota refundacji <sup>19</sup><br>_____, ____                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                               |
| 24. Rachunek bankowy wnioskodawcy, na który będzie przekazywana refundacja <sup>2</sup><br>_____, _____, _____, _____, _____, _____                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                               |

|                                                               |            |                           |               |                        |
|---------------------------------------------------------------|------------|---------------------------|---------------|------------------------|
| <b>E. Dodatkowe informacje o wnioskodawcy<sup>2</sup></b>     |            |                           |               |                        |
| E.1. Adres                                                    |            |                           |               |                        |
| 25. Ulica                                                     |            | 26. Nr domu               | 27. Nr lokalu | 28. Miejscowość        |
| 29. Kod pocztowy<br>____-____                                 | 30. Poczta | 31. Telefon <sup>20</sup> |               | 32. Faks <sup>20</sup> |
|                                                               |            | 33. E-mail <sup>21</sup>  |               |                        |
| E.2. Adres do korespondencji/ Dane pełnomocnika <sup>22</sup> |            |                           |               |                        |
| 34. Pełnomocnik <sup>23</sup>                                 |            |                           |               |                        |
| 35. Ulica                                                     |            | 36. Nr domu               | 37. Nr lokalu | 38. Miejscowość        |
| 39. Kod pocztowy<br>____-____                                 | 40. Poczta | 41. Telefon <sup>20</sup> |               | 42. Faks <sup>20</sup> |
|                                                               |            | 43. E-mail <sup>21</sup>  |               |                        |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|------------------------------------------------------------|
| Oświadczam że <sup>1</sup><br>• nie posiadam zaległości w zobowiązaniach wobec PFRON w kwocie przekraczającej ogółem 100 zł,<br>• opłaciłem(am) w całości obowiązkowe składki na ubezpieczenia społeczne wykazane we wniosku,<br>• dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym,<br>• jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy,<br>• wybieram <input type="checkbox"/> elektroniczną / <input type="checkbox"/> pisemną formę składania wniosków <sup>24</sup> . |  |  | 44. Termin do opłacenia składek <sup>25</sup><br>____      |
| 46. Data wypełnienia wniosku <sup>27</sup><br>____-____-____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  | 45. Data opłacenia składek <sup>26</sup><br>____-____-____ |
| 47. Imię, nazwisko i podpis wnioskodawcy lub osoby upoważnionej <sup>28</sup><br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  | 48. Pieczęć wnioskodawcy <sup>29</sup><br>_____            |

# **Objaśnienia do formularza Wn-U-G**

Należy wypełnić wyraźnie pismem maszynowym lub ręcznie drukowanymi literami czarnym lub niebieskim kolorem (nie dotyczy składania wniosków w formie elektronicznej).

W przypadku drukowania lub rozpowszechniania wzoru formularza należy zapewnić miejsce na fotokody.

<sup>1</sup> W odpowiednich polach wstawić znak X.

<sup>2</sup> Poz. 7, 10-15, 24-43 należy wypełnić jednokrotnie w przypadku składania Wn-U-G po raz pierwszy za okres przypadający począwszy od miesiąca stycznia 2010 r. oraz w przypadku zmiany danych.

<sup>3</sup> Należy wpisać numer, jeżeli został nadany wnioskodawcy przed dniem złożenia Wn-U-G.

<sup>4</sup> Poz. 4 należy wypełnić, jeżeli NIP osoby niepełnosprawnej wykonującej działalność gospodarczą różni się od NIP płatnika składek podlegających refundacji. Niewypełnienie poz. 4 jest równoznaczne ze złożeniem oświadczenia o identyczności NIP osoby niepełnosprawnej wykonującej działalność gospodarczą oraz NIP płatnika składek podlegających refundacji.

<sup>5</sup> Należy wpisać numer, o ile jego nadanie wynika z przepisów prawa. W przypadku posiadania 9-cyfrowego numeru REGON w poz. 5 należy po dziewiętej cyfrze wpisać pięć zer.

<sup>6</sup> Należy podać kod odpowiadający formie prawnej składającego: 1A — przedsiębiorstwo państwowe, 1B — jednoosobowa spółka Skarbu Państwa, 1C — jednoosobowa spółka jednostki samorządu terytorialnego, w rozumieniu przepisów o gospodarce komunalnej, 1D — 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 o ochronie konkurencji i konsumentów, 2 — podmiot nienależący do kategorii określonych kodem od 1A do 1D.

<sup>7</sup> Należy podać kod szczególnej formy prawnej określony w przepisach dotyczących sposobu i metodologii prowadzenia i aktualizacji rejestru podmiotów gospodarki narodowej.

<sup>8</sup> Forma własności jest określana na podstawie procentowego udziału własności. Należy podać odpowiedni kod odpowiadający własności. 1 — Skarbu Państwa, 2 — państwowych osób prawnych, 3 — jednostek samorządu terytorialnego, 4 — krajowych osób fizycznych, 5 — pozostałych krajowych jednostek prywatnych, 6 — osób zagranicznych.

<sup>9</sup> Należy podać odpowiedni kod. Wpisując kod, należy brać pod uwagę dane na ostatni dzień roku poprzedzającego rok sprawozdawczy. Kod 0 — mikropresiębiorca, kod 1 — przedsiębiorca mały, kod 2 — przedsiębiorca średni, kod 3 — inny przedsiębiorca, kod 4 — podmiot niebędący przedsiębiorcą.

<sup>10</sup> Należy podać pełne, siedmicyfrowe oznaczenie gminy, na obszarze której składający ma odpowiednio siedzibę lub miejsce zamieszkania - zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 15 grudnia 1998 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia, stosowania i udostępniania krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju oraz związanych z tym obowiązków organów administracji rządowej i jednostek samorządu terytorialnego (Dz. U. poz. 1031, z późn. zm.). Identyfikatory terytorialne gmin dostępne są na stronie internetowej Głównego Urzędu Statystycznego.

<sup>11</sup> Należy wpisać numer, o ile jego nadanie wynika z przepisów prawa. Należy wpisać klasę rodzaju działalności zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2007 r. w sprawie Polskiej Klasyfikacji Działalności (PKD) (Dz. U. poz. 1885, z późn. zm.). Podaje się klasę działalności, w związku z którą podmiot ubiega się o pomoc *de minimis*. Jeżeli brak jest możliwości ustalenia jednej takiej działalności, podaje się klasę PKD tej działalności, która generuje największy przychód.

<sup>12</sup> Miesiąc i rok prowadzenia działalności gospodarczej, za który w całości opłacono obowiązkowe składki podlegające refundacji.

<sup>13</sup> Kwota należnych składek opłaconych w całości. W przypadku refundacji za okresy począwszy od lipca 2016 r. należy wykazać wyłącznie kwotę składek opłaconych w całości nie później niż w dniu złożenia wniosku.

<sup>14</sup> Liczba dni kalendarzowych w okresie sprawozdawczym, w których wnioskodawca prowadził działalność gospodarczą. Niewypełnienie poz. 19 jest równoznaczne z prowadzeniem przez wnioskodawcę działalności gospodarczej przez wszystkie dni okresu sprawozdawczego.

<sup>15</sup> Liczba dni kalendarzowych w okresie sprawozdawczym, w których wnioskodawca prowadził działalność gospodarczą i jednocześnie jego niepełnosprawność w rozumieniu ustawy została potwierdzona ważnym orzeczeniem.

W odniesieniu do refundacji składek za okresy do maja 2011 r. właściwe niewypełnienie poz. 20 jest równoznaczne ze spełnianiem przez wnioskodawcę tych warunków przez wszystkie dni okresu sprawozdawczego.

W odniesieniu do refundacji składek za okresy począwszy od czerwca 2011 r. niewypełnienie poz. 20 jest równoznaczne z niespełnianiem przez wnioskodawcę tych warunków przez wszystkie dni okresu sprawozdawczego.

<sup>16</sup> Zaznaczenie pola 1 lub 2 w poz. 21 albo niewypełnienie poz. 21 jest równoznaczne z nieotrzymaniem przez wnioskodawcę odpowiednio pomocy *de minimis*, pomocy *de minimis* w rolnictwie lub pomocy *de minimis* w sektorze rybołówstwa i akwakultury lub otrzymaniem wyłącznie pomocy *de minimis*, pomocy *de minimis* w rolnictwie lub pomocy *de minimis* w sektorze rybołówstwa i akwakultury udzielonej przez PFRON.

<sup>17</sup> Należy wpisać kwotę zrefundowanych ze środków publicznych składek na ubezpieczenia społeczne na podstawie odrębnych przepisów. Niewypełnienie tej pozycji oznacza, że kwota zrefundowanych ze środków publicznych składek na ubezpieczenia społeczne na podstawie odrębnych przepisów wynosi 0.

<sup>18</sup> W przypadku zaznaczenia pola 3 w poz. 21 należy do Wn-U-G załączyć kopie zaświadczeń o uzyskanej pomocy *de minimis* innej niż udzielona przez PFRON albo oświadczenie o wysokości uzyskanej pomocy *de minimis*. Każde zaświadczenie lub oświadczenie załącza się jednokrotnie.

<sup>19</sup> W odniesieniu do refundacji składek za okresy do maja 2011 r. włącznie: poz. 23 = ((poz. 17 + poz. 18) x poz. 20.1 / poz. 19) – poz. 22.

W odniesieniu do refundacji składek za okresy od czerwca 2011 r. włącznie: poz. 23 = ((poz. 17 + poz. 18) x (poz. 20.2 x 1 + poz. 20.3 x 0,6 + poz. 20.4 x 0,3) / (poz. 19) – poz. 22.

Wnioskodawca może nie wypełniać poz. 23.

<sup>20</sup> Należy podać także numer kierunkowy.

<sup>21</sup> Należy wypełnić, jeżeli wnioskodawca posiada adres poczty elektronicznej.

<sup>22</sup> Poz. 35-43 należy wypełnić, jeżeli adres do korespondencji wnioskodawcy jest inny niż adres wykazany w bloku E.1. Jeżeli wnioskodawca udzielił pełnomocnictwa obejmującego składanie Wn-U-G, to w poz. 34-43 należy wskazać nazwę lub imię i nazwisko pełnomocnika i jego adres do korespondencji. Jednocześnie należy jednokrotnie złożyć odpowiednio pełnomocnictwo albo zawiadomienie o odwołaniu pełnomocnictwa.

<sup>23</sup> Należy podać pełną nazwę lub imię i nazwisko pełnomocnika.

<sup>24</sup> Należy wypełnić składając wniosek po raz pierwszy bądź w przypadku zmiany formy składania dokumentów.

<sup>25</sup> W poz. 44 należy wpisać kod dotyczący terminu opłacania składek na ubezpieczenia społeczne:

1 - w przypadku wnioskodawcy zobowiązanego do opłacania składek do 10 dnia każdego miesiąca lub

2 - w przypadku wnioskodawcy zobowiązanego do opłacania składek do 15 dnia każdego miesiąca.

<sup>26</sup> Należy podać datę w formacie rok-miesiąc-dzień. W przypadku opłaty bezgotówkowej należy wpisać dzień obciążenia rachunku bankowego, a w przypadku opłaty gotówkowej należy wskazać datę wpłaty należności w placówce pocztowej lub innej placówce uprawnionej do poboru opłat.

<sup>27</sup> Należy podać datę w formacie rok-miesiąc-dzień.

<sup>28</sup> Złożenie podpisu wykraczającego poza poz. 47 nie powoduje nieważności wniosku.

<sup>29</sup> Należy wypełnić w przypadku składania wniosku w formie dokumentu pisemnego, jeżeli wnioskodawca posiada pieczęć.

## Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis

Stosuje się do pomocy de minimis udzielanej na warunkach określonych w rozporządzeniu Komisji (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013, str. 1)

**A. Informacje dotyczące podmiotu, któremu ma być udzielona pomoc de minimis<sup>1)</sup>**
**A1. Informacje dotyczące współnika spółki cywilnej lub osobowej wnoszącego o pomoc de minimis w związku z działalnością prowadzoną w tej spółce<sup>2)</sup>**
**1) Identyfikator podatkowy NIP podmiotu**

**2) Imię i nazwisko albo nazwa podmiotu**

**3) Adres miejsca zamieszkania albo adres siedziby podmiotu**

**4) Identyfikator gminy, w której podmiot ma miejsce zamieszkania albo siedzibę<sup>4)</sup>**

**5) Forma prawna podmiotu<sup>5)</sup>**

- ☐ 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)

**6) 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, str. 1)<sup>5)</sup>**

- ☐ mikropresiębiorca
- ☐ mały przedsiębiorca
- ☐ średni przedsiębiorca
- ☐ inny przedsiębiorca

**7) 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.)<sup>6)</sup>**

**8) Data utworzenia podmiotu**

9) Powiązania z innymi przedsiębiorcami<sup>7)</sup>

Czy pomiędzy podmiotem a innymi przedsiębiorcami istnieją powiązania polegające na tym, że:

a) jeden przedsiębiorca posiada w drugim większość praw głosu?

☐ tak ☐ nie

b) jeden przedsiębiorca ma prawo powołać lub odwołać większość członków organu zarządzającego lub nadzorującego innego przedsiębiorcy?

☐ tak ☐ nie

c) jeden przedsiębiorca ma prawo wywierać dominujący wpływ na innego przedsiębiorcę zgodnie z umową zawartą z tym przedsiębiorcą lub jego dokumentami założycielskimi?

☐ tak ☐ nie

d) jeden przedsiębiorca, który jest akcjonariuszem lub współnikiem innego przedsiębiorcy lub jego członkiem, zgodnie z porozumieniem z innymi akcjonariuszami, współnikami lub członkami tego przedsiębiorcy, samodzielnie kontroluje większość praw głosu u tego przedsiębiorcy?

☐ tak ☐ nie

e) przedsiębiorca pozostaje w jakimkolwiek ze stosunków opisanych powyżej poprzez jednego innego przedsiębiorcę lub kilku innych przedsiębiorców?

☐ tak ☐ nie

W przypadku zaznaczenia przynajmniej jednej odpowiedzi twierdzącej, należy podać:

a) identyfikator podatkowy NIP wszystkich powiązanych z podmiotem przedsiębiorców

b) łączną wartość pomocy de minimis udzielonej w bieżącym roku podatkowym oraz w dwóch poprzedzających latach podatkowych wszystkim powiązanym z podmiotem przedsiębiorcom<sup>8)</sup>

## 10) Informacja o utworzeniu wnioskodawcy w wyniku podziału innego przedsiębiorcy lub połączenia z innym przedsiębiorcą, w tym przez przejęcie innego przedsiębiorcy

Czy podmiot w ciągu bieżącego roku podatkowego oraz w okresie dwóch poprzedzających lat podatkowych:

a) powstał wskutek połączenia się innych przedsiębiorców?

☐ tak ☐ nie

b) przejął innego przedsiębiorcę?

☐ tak ☐ nie

c) powstał w wyniku podziału innego przedsiębiorcy?

☐ tak ☐ nie

W przypadku zaznaczenia odpowiedzi twierdzącej w lit. a) lub b) należy podać:

a) identyfikator podatkowy NIP wszystkich połączonych lub przejętych przedsiębiorców

b) łączną wartość pomocy de minimis udzielonej w bieżącym roku podatkowym oraz w dwóch poprzedzających latach podatkowych wszystkim połączonym lub przejętym przedsiębiorcom<sup>8)</sup>

W przypadku zaznaczenia odpowiedzi twierdzącej w lit. c) należy podać:

a) identyfikator podatkowy NIP przedsiębiorcy przed podziałem

b) łączną wartość pomocy de minimis udzielonej w bieżącym roku podatkowym oraz w dwóch poprzedzających latach podatkowych przedsiębiorcy istniejącemu przed podziałem w odniesieniu do działalności przejmowanej przez podmiot<sup>8)</sup>

Jeśli nie jest możliwe ustalenie, jaka część pomocy de minimis uzyskanej przez przedsiębiorcę przed podziałem przeznaczona była na działalność przejętą przez podmiot, należy podać:

– łączną wartość pomocy de minimis udzielonej w bieżącym roku podatkowym oraz w dwóch poprzedzających latach podatkowych przedsiębiorcy przed podziałem<sup>8)</sup>

– wartość kapitału przedsiębiorcy przed podziałem (w PLN)

– wartość kapitału podmiotu na moment podziału (w PLN)

## B. Informacje dotyczące sytuacji ekonomicznej podmiotu, któremu ma być udzielona pomoc de minimis<sup>9)</sup>

1) Czy podmiot spełnia kryteria kwalifikujące go do objęcia postępowaniem upadłościowym?

☐ tak ☐ nie

2) Czy podmiot będący przedsiębiorcą innym niż mikro-, mały lub średni znajduje się w sytuacji gorszej niż sytuacja kwalifikująca się do oceny kredytowej B-<sup>10)</sup>?

☐ tak ☐ nie  
☐ nie dotyczy

3) Czy w odniesieniu do okresu ostatnich 3 lat poprzedzających dzień wystąpienia z wnioskiem o udzielenie pomocy de minimis:

a) podmiot odnotowuje rosnące straty?

☐ tak ☐ nie

b) obroty podmiotu maleją?

☐ tak ☐ nie

c) zwiększeniu ulegają zapasy podmiotu lub niewykorzystany potencjał do świadczenia usług?

☐ tak ☐ nie

d) podmiot ma nadwyżki produkcji<sup>11)</sup>?

☐ tak ☐ nie

e) zmniejsza się przepływ środków finansowych?

☐ tak ☐ nie

f) zwiększa się suma zadłużenia podmiotu?

☐ tak ☐ nie

g) rosną kwoty odsetek od zobowiązań podmiotu?

☐ tak ☐ nie

h) wartość aktywów netto podmiotu zmniejsza się lub jest zerowa?

☐ tak ☐ nie

i) zaistniały inne okoliczności wskazujące na trudności w zakresie płynności finansowej?

☐ tak ☐ nie

Jeśli tak, należy wskazać jakie:

### C. Informacje dotyczące działalności gospodarczej prowadzonej przez podmiot, któremu ma być udzielona pomoc de minimis

Czy podmiot, któremu ma być udzielona pomoc de minimis, prowadzi działalność:

1) w sektorze rybołówstwa i akwakultury<sup>12)</sup>?

☐ tak ☐ nie

2) w dziedzinie produkcji podstawowej produktów rolnych wymienionych w załączniku I do Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej?

☐ tak ☐ nie

3) w dziedzinie przetwarzania i wprowadzania do obrotu produktów rolnych wymienionych w załączniku I do Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej?

☐ tak ☐ nie

4) w sektorze drogowego transportu towarów?

☐ tak ☐ nie

Jeśli tak, to czy wnioskowana pomoc będzie przeznaczona na nabycie pojazdów wykorzystywanych do świadczenia usług w zakresie drogowego transportu towarów?

☐ tak ☐ nie

5) Czy wnioskowana pomoc de minimis przeznaczona będzie na działalność wskazaną w pkt 1-4?

☐ tak ☐ nie

6) W przypadku zaznaczenia odpowiedzi twierdzącej w pkt 1, 2 lub 4 czy zapewniona jest rozdzielnosć rachunkowa<sup>13)</sup> uniemożliwiająca przeniesienie na wskazaną w tych punktach działalność korzyści wynikających z uzyskanej pomocy de minimis (w jaki sposób)?

☐ tak ☐ nie

☐ nie dotyczy

D. Informacje dotyczące pomocy otrzymanej w odniesieniu do tych samych kosztów, na pokrycie których ma być przeznaczona wnioskowana pomoc de minimis

Czy wnioskowana pomoc de minimis zostanie przeznaczona na pokrycie dających się zidentyfikować kosztów? ☐ tak ☐ nie

Jeśli tak, czy na pokrycie tych samych kosztów, o których mowa powyżej, podmiot otrzymał pomoc inną niż pomoc de minimis? ☐ tak ☐ nie

Jeśli tak, należy wypełnić poniższą tabelę<sup>14)</sup> w odniesieniu do ww. pomocy innej niż de minimis oraz pomocy de minimis na te same koszty.

| Lp. | Dzień udzielenia pomocy | Podmiot udzielający pomocy | Podstawa prawna udzielenia pomocy |                        | Forma pomocy | Wartość otrzymanej pomocy |        | Przeznaczenie pomocy |
|-----|-------------------------|----------------------------|-----------------------------------|------------------------|--------------|---------------------------|--------|----------------------|
|     |                         |                            | informacje podstawowe             | informacje szczegółowe |              | nominalna                 | brutto |                      |
|     | 1                       | 2                          | 3a                                | 3b                     | 4            | 5a                        | 5b     | 6                    |
| 1   |                         |                            |                                   |                        |              |                           |        |                      |
| 2   |                         |                            |                                   |                        |              |                           |        |                      |
| 3   |                         |                            |                                   |                        |              |                           |        |                      |
| 4   |                         |                            |                                   |                        |              |                           |        |                      |
| 5   |                         |                            |                                   |                        |              |                           |        |                      |
| 6   |                         |                            |                                   |                        |              |                           |        |                      |
| 7   |                         |                            |                                   |                        |              |                           |        |                      |
| 8   |                         |                            |                                   |                        |              |                           |        |                      |
| 9   |                         |                            |                                   |                        |              |                           |        |                      |
| 10  |                         |                            |                                   |                        |              |                           |        |                      |

Jeżeli w tabeli wykazano otrzymaną pomoc inną niż pomoc de minimis, należy dodatkowo wypełnić pkt 1-8 poniżej:

1) opis przedsięwzięcia:

2) koszty kwalifikujące się do objęcia pomocą w wartości nominalnej i zdyskontowanej oraz ich rodzaje:

3) maksymalna dopuszczalna intensywność pomocy:

4) intensywność pomocy już udzielonej w związku z kosztami, o których mowa w pkt 2:

5) lokalizacja przedsięwzięcia:

6) cele, które mają być osiągnięte w związku z realizacją przedsięwzięcia:

7) etapy realizacji przedsięwzięcia:

8) data rozpoczęcia i zakończenia realizacji przedsięwzięcia:

#### E. Informacje dotyczące osoby upoważnionej do przedstawienia informacji

Imię i nazwisko

Stanowisko służbowe

Numer telefonu

Data i podpis

- 1) W przypadku gdy o pomoc de minimis wnioskuję wspólnik spółki cywilnej, jawnej albo partnerskiej albo komplementariusz spółki komandytowej albo komandytowo-akcyjnej niebędący akcjonariuszem, w związku z działalnością prowadzoną w tej spółce, w formularzu podaje się informacje dotyczące tej spółki. W przypadku spółki cywilnej należy podać NIP tej spółki, nazwę, pod jaką spółka funkcjonuje na rynku, oraz miejsce prowadzenia działalności, a w przypadku braku nazwy i miejsca prowadzenia działalności imiona i nazwiska oraz adresy wszystkich wspólników tej spółki.
- 2) Wypełnia się wyłącznie w przypadku, gdy o pomoc de minimis wnioskuję wspólnik spółki cywilnej, jawnej albo partnerskiej albo komplementariusz spółki komandytowej albo komandytowo-akcyjnej niebędący akcjonariuszem, w związku z działalnością prowadzoną w tej spółce (podaje się informacje dotyczące tego wspólnika albo komplementariusza).
- 3) O ile posiada identyfikator podatkowy NIP.
- 4) Wpisuje się siedmocyfrowe oznaczenie nadane w sposób określony w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 15 grudnia 1998 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia, stosowania i udostępniania krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju oraz związanych z tym obowiązków organów administracji rządowej i jednostek samorządu terytorialnego (Dz. U. Nr 157, poz. 1031, z późn. zm.). Lista identyfikatorów gmin znajduje się na stronie internetowej [http://www.uolik.gov.pl/sporzadzanie\\_sprawozdan\\_z\\_wykorzystaniem\\_aplikacji\\_shrimp.php](http://www.uolik.gov.pl/sporzadzanie_sprawozdan_z_wykorzystaniem_aplikacji_shrimp.php).
- 5) Zaznacza się właściwą pozycję znakiem X.
- 6) Podaje się klasę działalności, w związku z którą podmiot ubiega się o pomoc de minimis. Jeżeli brak jest możliwości ustalenia jednej takiej działalności, podaje się klasę PKD tej działalności, która generuje największy przychód.
- 7) Za powiązane nie uważa się podmiotów, w przypadku których powiązanie występuje wyłącznie za pośrednictwem organu publicznego, np. Skarbu Państwa, jednostki samorządu terytorialnego.
- 8) Podaje się wartość pomocy w euro obliczoną zgodnie z art. 11 ust. 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej, rozporządzeniem Rady Ministrów wydanym na podstawie art. 11 ust. 2 tej ustawy oraz właściwymi przepisami unijnymi.
- 9) Wypełnia się jedynie w przypadku podmiotów, którym ma być udzielona pomoc de minimis, do obliczenia wartości której konieczne jest ustalenie ich stopy referencyjnej (tj. w formie takiej jak: pożyczki, gwarancje, odroczenia, rozłożenia na raty), z wyjątkiem podmiotów, którym pomoc de minimis ma być udzielona na podstawie art. 34a ustawy z dnia 8 maja 1997 r. o poręczeniach i gwarancjach udzielanych przez Skarb Państwa oraz niektóre osoby prawne (Dz. U. z 2012 r. poz. 657, z późn. zm.) oraz będących osobami fizycznymi, którzy na dzień złożenia informacji określonych w niniejszym rozporządzeniu nie rozpoczęli prowadzenia działalności gospodarczej.
- 10) Ocena kredytowa B- oznacza wysokie ryzyko kredytowe. Zdolność do obsługi zobowiązań istnieje jedynie przy sprzyjających warunkach zewnętrznych. Poziom odzyskania wiarytelności w przypadku wystąpienia niewypłacalności jest średni lub niski.
- 11) Dotyczy wyłącznie producentów.
- 12) Objętych rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1379/2013 z dnia 11 grudnia 2013 r. w sprawie wspólnej organizacji rynków produktów rybołówstwa i akwakultury, zmieniającym rozporządzenia Rady (WE) nr 1184/2006 i (WE) nr 1224/2009 oraz uchylającym rozporządzenie Rady (WE) nr 104/2000 (Dz. Urz. UE L 354 z 28.12.2013, str. 1).
- 13) Rozdzielność rachunkowa określonej działalności gospodarczej polega na prowadzeniu odrębnej ewidencji dla tej działalności gospodarczej oraz prawidłowym przypisywaniu przychodów i kosztów na podstawie konsekwentnie stosowanych i mających obiektywne uzasadnienie metod, a także określeniu w dokumentacji, o której mowa w art. 10 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2013 r. poz. 330, z późn. zm.), zasad prowadzenia odrębnej ewidencji oraz metod przypisywania kosztów i przychodów.
- 14) Wypełnia się zgodnie z Instrukcją wypełnienia tabeli w części D formularza.

## WZÓR

**FORMULARZ INFORMACJI PRZEDSTAWIANYCH PRZEZ WNIOSKODAWCĘ**

1) Imię i nazwisko albo firma wnioskodawcy

2) Miejsce zamieszkania i adres albo siedziba i adres wnioskodawcy

3) Rodzaj prowadzonej działalności, w związku z którą ubiega się o pomoc\*):  
 działalność w rolnictwie  
 działalność w rybołówstwie

4) Informacja o otrzymanej pomocy publicznej w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na których pokrycie ma być udzielona pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie

| Lp. | Dzień udzielenia pomocy <sup>1)</sup> | Podstawa prawna <sup>2)</sup> | Wartość pomocy <sup>3)</sup> | Forma pomocy <sup>4)</sup> | Przeznaczenie pomocy <sup>5)</sup> |
|-----|---------------------------------------|-------------------------------|------------------------------|----------------------------|------------------------------------|
| 1   |                                       |                               |                              |                            |                                    |
| 2   |                                       |                               |                              |                            |                                    |
| 3   |                                       |                               |                              |                            |                                    |
| 4   |                                       |                               |                              |                            |                                    |
| 5   |                                       |                               |                              |                            |                                    |

Objaśnienia:

<sup>1)</sup> Dzień udzielenia pomocy - podać dzień udzielenia pomocy wynikający z decyzji lub umowy.<sup>2)</sup> Podstawa prawna - podać tytuł aktu prawnego stanowiącego podstawę do udzielenia pomocy.<sup>3)</sup> Wartość otrzymanej pomocy - podać wartość pomocy jako ekwiwalent dotacji brutto określony w decyzji lub umowie.<sup>4)</sup> Forma pomocy - wpisać formę otrzymanej pomocy, tj. dotacja, dopłaty do oprocentowania kredytów, zwolnienie lub umorzenie z podatku lub opłat, refundacje w całości lub w części, lub inne.<sup>5)</sup> Przeznaczenie otrzymanej pomocy - wskazać, czy koszty, które zostały objęte pomocą, dotyczą inwestycji w gospodarstwie rolnym lub w rybołówstwie czy działalności bieżącej.

Dane osoby upoważnionej do podpisania informacji:

(imię i nazwisko)

(data i podpis)

\*) Niepotrzebne skreślić.

**Wn-U-A**

Wniosek niepełnosprawnego rolnika lub rolnika zobowiązanego do opłacania składek za niepełnosprawnego domownika o wypłatę refundacji składek na ubezpieczenia społeczne rolników

|                  |                                                                                                                                                                                                    |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Podstawa prawna  | Art. 25c ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 511, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”. |
| Skladający       | Wnioskodawca, o którym mowa w art. 25a ust. 1 pkt 2 ustawy, któremu przysługuje refundacja składek na ubezpieczenia społeczne ze środków PFRON.                                                    |
| Termin składania | Do ostatniego dnia miesiąca, następującego po miesiącu, w którym upłynął termin do opłacenia składek.                                                                                              |
| Adresat          | Zarząd Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa.                                                                                           |

|                                    |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A. Dane o dokumentach <sup>1</sup> | 1. Rodzaj dokumentu <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> 1. Zgłoszeniowy<br><input type="checkbox"/> 2. Dotyczący refundacji wyłącznie w odniesieniu do wnioskodawcy<br><input type="checkbox"/> 3. Dotyczący refundacji wyłącznie w odniesieniu do domowników<br><input type="checkbox"/> 4. Dotyczący refundacji zarówno w odniesieniu do wnioskodawcy, jak i do domowników<br><input type="checkbox"/> 5. Korygujący |
|                                    |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

|                                               |                                |                                               |                                                  |
|-----------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| B. Dane ewidencyjne wnioskodawcy <sup>3</sup> |                                |                                               | 2. Numer w rejestrze PFRON <sup>4</sup><br>_____ |
| 3. NIP płatnika składek <sup>4</sup><br>_____ | 4. PESEL <sup>4</sup><br>_____ | 5. Identyfikator adresu <sup>4</sup><br>_____ |                                                  |
| 6. Nazwisko<br>_____                          |                                | 7. Pierwsze imię<br>_____                     |                                                  |

|                                                                                     |                |                                                                   |                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| C. Informacja o składkach na ubezpieczenia społeczne rolników i domowników          |                |                                                                   |                                                                                      |
| 8. Okres sprawozdawczy <sup>6</sup>                                                 |                | 9. Kwota składek na ubezpieczenia emerytalno-rentowe <sup>7</sup> | 10. Kwota składek na ubezpieczenia wypadkowe, chorobowe i macierzyńskie <sup>7</sup> |
| 1. Kwartał<br>____                                                                  | 2. Rok<br>____ | ____, ____                                                        | ____, ____                                                                           |
| 11. Numery PESEL niepełnosprawnych domowników, których dotyczy wniosek <sup>4</sup> |                |                                                                   |                                                                                      |
| 1<br>_____                                                                          | 2<br>_____     | 3<br>_____                                                        | 4<br>_____                                                                           |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| D. Wniosek o wypłatę miesięcznej refundacji składek na ubezpieczenia społeczne rolników <sup>1</sup>                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                        |
| 12. Otrzymana pomoc <i>de minimis</i> <sup>8</sup>                                                                                                                                                                                                                                                          | 13. Kwota refundacji składek uzyskana ze środków publicznych za kwartał, którego dotyczy wniosek <sup>9</sup><br>_____ |
| <input type="checkbox"/> 1. Wnioskodawca nie otrzymał pomocy <i>de minimis</i><br><input type="checkbox"/> 2. Wnioskodawca otrzymał pomoc <i>de minimis</i> udzieloną przez PFRON<br><input type="checkbox"/> 3. Wnioskodawca otrzymał pomoc <i>de minimis</i> inną niż udzieloną przez PFRON <sup>10</sup> | 14. Należna kwota refundacji <sup>11</sup><br>_____                                                                    |
| 15. Rachunek bankowy wnioskodawcy, na który będzie przekazywana refundacja <sup>3</sup><br>_____                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                        |

|                                                               |             |                           |                               |                          |
|---------------------------------------------------------------|-------------|---------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| E. Dodatkowe informacje o wnioskodawcy <sup>3</sup>           |             |                           |                               |                          |
| E.1. Adres zamieszkania                                       |             |                           |                               |                          |
| 16. Ulica                                                     | 17. Nr domu | 18. Nr lokalu             | 19. Miejscowość               |                          |
| 20. Kod pocztowy<br>____-____                                 | 21. Poczta  | 22. Telefon <sup>12</sup> | 23. Faks <sup>12</sup>        | 24. E-mail <sup>13</sup> |
| E.2. Adres do korespondencji/ Dane pełnomocnika <sup>14</sup> |             |                           | 25. Pełnomocnik <sup>15</sup> |                          |
| 26. Ulica                                                     | 27. Nr domu | 28. Nr lokalu             | 29. Miejscowość               |                          |
| 30. Kod pocztowy<br>____-____                                 | 31. Poczta  | 32. Telefon <sup>12</sup> | 33. Faks <sup>12</sup>        | 34. E-mail <sup>13</sup> |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                               |                                        |                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| Oświadczam że <sup>1</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                               |                                        | 35. Data opłacenia składek <sup>17</sup><br>____-____-____ |
| <input type="checkbox"/> nie posiadam zaległości w zobowiązaniach wobec PFRON w kwocie przekraczającej ogółem 100 zł,<br><input type="checkbox"/> opłaciłem(am) w całości składki na ubezpieczenia społeczne rolników wykazane we wniosku,<br><input type="checkbox"/> dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym,<br><input type="checkbox"/> jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy,<br><input type="checkbox"/> wybieram <input type="checkbox"/> elektroniczną / <input type="checkbox"/> pisemną formę składania wniosków <sup>16</sup> . |                                                                               |                                        |                                                            |
| 36. Data wypełnienia wniosku <sup>18</sup><br>____-____-____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 37. Imię, nazwisko i podpis wnioskodawcy lub osoby upoważnionej <sup>19</sup> | 38. Pieczęć wnioskodawcy <sup>20</sup> |                                                            |

**Objaśnienia do formularza Wn-U-A**

Należy wypełnić wyraźnie pismem maszynowym lub ręcznie drukowanymi literami czarnym lub niebieskim kolorem (nie dotyczy składania wniosków w formie elektronicznej). W przypadku drukowania lub rozpowszechniania wzoru formularza należy zapewnić miejsce na fotokody.

<sup>1</sup> W odpowiednich polach wstawić znak X.

<sup>2</sup> Należy zaznaczyć pole 1 albo 5 — łącznie z polem 2, 3 lub 4. W przypadku zaznaczenia w poz. 1 pola 3 lub 4 należy wypełnić poz. 11.

<sup>3</sup> Poz. 5, 15-34 należy wypełnić w przypadku składania Wn-U-A po raz pierwszy oraz w przypadku zmiany danych.

<sup>4</sup> Należy wpisać numer, jeżeli został nadany przed dniem złożenia Wn-U-A.

<sup>5</sup> Należy podać pełne, siedmiocyfrowe oznaczenie gminy, na obszarze której beneficjent pomocy ma odpowiednio siedzibę lub miejsce zamieszkania - zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 15 grudnia 1998 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia, stosowania i udostępniania krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju oraz związanych z tym obowiązków organów administracji rządowej i jednostek samorządu terytorialnego (Dz. U. poz. 1031, z późn. zm.). Identyfikatory terytorialne gmin są dostępne na stronie internetowej Głównego Urzędu Statystycznego.

<sup>6</sup> Kwartał i rok prowadzenia działalności rolniczej, w odniesieniu do którego w całości opłacono składki podlegające refundacji.

<sup>7</sup> Kwota należnych składek opłaconych w całości. W przypadku refundacji za okresy począwszy od trzeciego kwartału 2016 r. należy wykazać wyłącznie kwotę składek opłaconych nie później niż w dniu złożenia wniosku.

<sup>8</sup> Zaznaczenie pola 1 lub 2 w poz. 12 albo niewypełnienie poz. 12 jest równoznaczne z nieotrzymaniem przez wnioskodawcę odpowiednio pomocy *de minimis*, pomocy *de minimis* w rolnictwie lub pomocy *de minimis* w sektorze rybołówstwa i akwakultury lub otrzymaniem wyłącznie pomocy *de minimis*, pomocy *de minimis* w rolnictwie lub pomocy *de minimis* w sektorze rybołówstwa i akwakultury udzielonej przez PFRON.

<sup>9</sup> Należy wpisać kwotę zrefundowanych ze środków publicznych składek na ubezpieczenia społeczne na podstawie odrębnych przepisów. Niewypełnienie tej pozycji oznacza, że kwota zrefundowanych ze środków publicznych składek na ubezpieczenia społeczne na podstawie odrębnych przepisów wynosi 0.

<sup>10</sup> W przypadku zaznaczenia pola 3 w poz. 12 należy do Wn-U-A załączyć kopie zaświadczeń o uzyskanej pomocy *de minimis* innej niż udzielona przez PFRON albo oświadczenie o wysokości uzyskanej pomocy *de minimis*. Każde zaświadczenie lub oświadczenie załącza się jednokrotnie.

<sup>11</sup> Poz. 14 = (poz. 9 + poz. 10) – poz. 13. Wnioskodawca może nie wypełniać poz. 14.

<sup>12</sup> Należy podać także numer kierunkowy.

<sup>13</sup> Należy wypełnić, jeżeli wnioskodawca posiada adres poczty elektronicznej.

<sup>14</sup> Poz. 26-34 należy wypełnić, jeżeli adres do korespondencji wnioskodawcy jest inny niż adres wykazany w bloku E.1. Jeżeli wnioskodawca udzielił pełnomocnictwa obejmującego składanie Wn-U-A, to w poz. 25-34 należy wskazać nazwę lub imię i nazwisko pełnomocnika i jego adres do korespondencji. Jednocześnie należy jednokrotnie złożyć odpowiednio pełnomocnictwo albo zawiadomienie o odwołaniu pełnomocnictwa.

<sup>15</sup> Należy podać pełną nazwę lub imię i nazwisko pełnomocnika.

<sup>16</sup> Należy wypełnić składając wniosek po raz pierwszy bądź w przypadku zmiany formy składania dokumentów.

<sup>17</sup> Należy podać datę w formacie rok-miesiąc-dzień. W przypadku opłaty bezgotówkowej należy wpisać dzień obciążenia rachunku bankowego, a w przypadku opłaty gotówkowej należy wskazać datę wpłaty należności w placówce pocztowej lub innej placówce uprawnionej do poboru opłat.

<sup>18</sup> Należy podać datę w formacie: rok-miesiąc-dzień.

<sup>19</sup> Złożenie podpisu wykraczającego poza poz. 37 nie powoduje nieważności wniosku.

<sup>20</sup> Należy wypełnić w przypadku składania wniosku w formie dokumentu pisemnego, jeżeli wnioskodawca posiada pieczęć.