

## 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 2008 r. Nr 14, poz. 92, z późn. zm.).			
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 społeczne.			
Adresat: Zarząd Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa.			
A. Dane o dokumencie <sup>1</sup>			
1. Rodzaj dokumentu		<input type="checkbox"/> 1. Zgłoszeniowy <input checked="" type="checkbox"/> 2. Dotyczący miesięcznej refundacji <input type="checkbox"/> 3. Korygujący	
B. Dane ewidencyjne wnioskodawcy <sup>2</sup>			2. Numer w rejestrze PFRON <sup>3</sup> 2453X1070
3. NIP <sup>4</sup> 7541205752	4. REGON <sup>4</sup> 180098984	6. PESEL <sup>4</sup> 68050978940	
6. Skrócona nazwa (o ile posiada)	7. Nazwisko KOWALSKI	8. Pierwsze imię JAN	
9. Pełna nazwa USŁUGI KRAWIECKIE - J.K.	10. Wielkość <sup>5</sup> 0	11. Identyfikator adresu <sup>6</sup> 2478011	12. Klasa PKD <sup>7</sup> 9002Z
C. Informacja o podstawach wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne, składkach na ubezpieczenia społeczne i stopniu niepełnosprawności			
13. Okręg sprawozdawczy <sup>8</sup>		14. Kwota należnych składek na ubezpieczenie emerytalne <sup>9</sup> 450,00	
1. Miesiąc 01	2. Rok 2009	15. Kwota należnych składek na ubezpieczenie rentowe <sup>10</sup> 200,00	
16. Liczba dni prowadzenia działalności gospodarczej <sup>11</sup> 31		17. Liczba dni prowadzenia działalności gospodarczej i posiadania orzeczenia potwierdzającego niepełnosprawność <sup>12</sup> 31	
D. Wniosek o wypłatę miesięcznej refundacji składek na ubezpieczenia społeczne <sup>1</sup>			
18. Otrzymana pomoc <i>de minimis</i> <sup>13</sup>		19. Kwota refundacji składek uzyskana ze środków publicznych za miesiąc, którego dotyczy wniosek <sup>14</sup> 0,00	
<input type="checkbox"/> 1. Wnioskodawca nie otrzymał pomocy <i>de minimis</i>		20. Należna kwota refundacji <sup>15</sup> 650,00	
<input checked="" type="checkbox"/> 2. Wnioskodawca otrzymał wyłącznie 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>13</sup>			
21. Rachunek bankowy wnioskodawcy, na który będzie przekazywana refundacja <sup>2</sup> 75 14 15 00 00 10 20 40 50 10 11 2435			
E. Dodatkowe informacje o wnioskodawcy <sup>2</sup>			
E.1. Adres zamieszkania			
22. Kod pocztowy 57-400	23. Poczta ZABRZE	24. Miejscowość ZABRZE	25. Ulica WIROCUAWSKA
26. Nr domu 5	27. Nr lokalu	28. Telefon <sup>17</sup> 10322571032	29. Faks <sup>17</sup> 10322571032
30. E-mail j.kowalski@sp.pl			
E.2. Adres do korespondencji			
Wypełnia wnioskodawca mający inny adres korespondencyjny niż adres wykazany w bloku E.1.			
31. Kod pocztowy	32. Poczta	33. Miejscowość	34. Ulica
35. Nr domu	36. Nr lokalu	37. Telefon <sup>17</sup>	38. Faks <sup>17</sup>
39. E-mail			
Oświadczam, że: <sup>1</sup>			
* opłaceni(am) terminowo i w całości składki na ubezpieczenia społeczne wykazane we wniosku,			
* nie posiadam zaległości w zobowiązaniach wobec PFRON w kwocie przekraczającej ogółem 100 zł,			
* nie znajduję się w trudnej sytuacji ekonomicznej według kryteriów określonych w przepisach prawa Unii Europejskiej dotyczących udzielania pomocy publicznej <sup>16</sup> ,			
* <input type="checkbox"/> załączam informacje o każdej pomocy innej niż <i>de minimis</i> , jaką otrzymałem(am) w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikowanych (składek) <sup>18</sup> ,			
* dane zawarte we wniosku oraz dokumentach dołączonych do wniosku są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym,			
* jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zażalenie prawdy,			
* wybieram <input checked="" type="checkbox"/> elektroniczną / <input type="checkbox"/> pisemną formę składania wniosków <sup>20</sup>			
40. Data wypełnienia wniosku 15.02.2009	41. Imię, nazwisko i podpis wnioskodawcy lub osoby upoważnionej JAN KOWALSKI		42. Pieczęć wnioskodawcy <sup>21</sup>

Wn-U-G 1/1

## Objaśnienia do formularza Wn-U-G

- W odpowiednim polu wstawić znak X.
- Poz. 9–12, 21–39 należy wypełnić w przypadku składania Wn-U-G po raz pierwszy oraz w przypadku zmiany danych.
- Wpisać numer, jeżeli został nadany wnioskodawcy przed dniem złożenia Wniosku osoby niepełnosprawnej wykonującej działalność gospodarczą o wypłatę refundacji składek na ubezpieczenia społeczne (Wn-U-G).
- Wpisać numer, o ile jego nadanie wynika z przepisów prawa.
- Należy podać odpowiedni kod. Wpisując kod, należy brać pod uwagę dane na ostatni dzień roku poprzedzającego rok sprawozdawczy. Kod 0 — mikroprzedsiębiorca, kod 1 — przedsiębiorca mały, kod 2 — przedsiębiorca średni, kod 3 — inny przedsiębiorca.
- Należy podać pełne, siedmiocyfrowe oznaczenie gminy, na obszarze której beneficjent pomocy ma 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. Nr 157, poz. 1031, z późn. zm.). Identyfikatory terytorialne gmin dostępne są na stronie internetowej Głównego Urzędu Statystycznego oraz Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
- Należy wpisać klasę rodzaju działalności (4 pierwsze znaki) zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2007 r. w sprawie Polskiej Klasyfikacji Działalności (PKD) (Dz. U. Nr 251, poz. 1885) oraz dodatkowo skrótowe oznaczenie stosowanej klasyfikacji „/07”. Do dnia 31 grudnia 2009 r. w przypadku beneficjentów pomocy, w stosunku do których nie zostało dokonane przeklasyfikowanie według PKD 2007, należy wpisać klasę rodzaju działalności (4 pierwsze znaki) zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 20 stycznia 2004 r. w sprawie Polskiej Klasyfikacji Działalności (PKD) (Dz. U. Nr 33, poz. 289 i Nr 165, poz. 1727).
- Miesiąc i rok prowadzenia działalności gospodarczej, za który opłacono składki.
- Kwota należnych składek na ubezpieczenie emerytalne opłaconych terminowo i w całości.
- Kwota należnych składek na ubezpieczenie rentowe opłaconych terminowo i w całości.
- Liczba dni kalendarzowych w okresie sprawozdawczym, w których wnioskodawca prowadził działalność gospodarczą. Niewypełnienie poz. 16 jest równoznaczne z prowadzeniem przez wnioskodawcę działalności gospodarczej przez wszystkie dni okresu sprawozdawczego.
- Liczba dni kalendarzowych w okresie sprawozdawczym, w których wnioskodawca prowadził działalność gospodarczą i jednocześnie posiadał orzeczenie potwierdzające niepełnosprawność, w rozumieniu art. 1 lub art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2008 r. Nr 14, poz. 92, z późn. zm.). Niewypełnienie poz. 17 jest równoznaczne ze spełnianiem przez wnioskodawcę tych warunków przez wszystkie dni okresu sprawozdawczego.
- Zaznaczenie pola 1 lub 2 w poz. 18 albo niewypełnienie poz. 18 jest równoznaczne z nieotrzymaniem przez wnioskodawcę odpowiednio pomocy *de minimis*, pomocy *de minimis* w rolnictwie lub pomocy *de minimis* w rybołówstwie lub otrzymaniem wyłącznie pomocy *de minimis*, pomocy *de minimis* w rolnictwie lub pomocy *de minimis* w rybołówstwie udzielonej przez PFRON.
- Należy wpisać kwotę zrefundowanych ze środków publicznych składek na ubezpieczenie społeczne (emerytalne i rentowe) na podstawie odrębnych przepisów. Niewypełnienie tej pozycji oznacza, że kwota zrefundowanych ze środków publicznych składek na ubezpieczenie społeczne na podstawie odrębnych przepisów wynosi 0.
- W przypadku zaznaczenia pola 3 w poz. 18 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.
- Poz. 20 = (poz. 14 + poz. 15) x poz. 17 / poz. 16 pomniejszona o kwotę w poz. 19. Wnioskodawca może nie wypełniać poz. 20.
- Należy podać także numer kierunkowy.
- Kryteria te są określone w pkt 9–11 Wytycznych wspólnotowych dotyczących pomocy państwa w celu ratowania i restrukturizacji zagrożonych przedsiębiorstw (Dz. Urz. UE C 244 z 01.10.2004, str. 2).
- Podmiot ubiegający się o pomoc *de minimis* jest zobowiązany do przedstawienia podmiotowi udzielającemu pomocy oświadczenia, o którym mowa w art. 37 ust. 1 pkt 2 lub ust. 2 pkt 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2007 r. Nr 59, poz. 404, z późn. zm.).
- Należy wypełnić, składając wniosek po raz pierwszy bądź w przypadku zmiany formy składania dokumentów.
- W przypadku gdy wnioskodawca posiada pieczęć.