



# DZIENNIK USTAW

## RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 27 czerwca 2014 r.

Poz. 853

### ROZPORZĄDZENIE MINISTRA PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ<sup>1)</sup>

z dnia 24 czerwca 2014 r.

#### **zmieniające rozporządzenie w sprawie refundacji składek na ubezpieczenia społeczne osób niepełnosprawnych**

Na podstawie art. 25d ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.<sup>2)</sup>) zarządza się, co następuje:

§ 1. W rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 stycznia 2009 r. w sprawie refundacji składek na ubezpieczenia społeczne osób niepełnosprawnych (Dz. U. Nr 8, poz. 42 oraz z 2011 r. Nr 50, poz. 260) wprowadza się następujące zmiany:

1) § 3 otrzymuje brzmienie:

„§ 3. Refundacja składek jest udzielana jako pomoc *de minimis* spełniająca warunki określone 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) albo w rozporządzeniu 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) albo we właściwych przepisach prawa Unii Europejskiej dotyczących pomocy *de minimis* w sektorze rybołówstwa i akwakultury.”;

2) uchyla się § 4 i 5;

3) w § 7 w ust. 2 pkt 4 otrzymuje brzmienie:

„4) kopię decyzji lub innego dokumentu potwierdzającego podleganie ubezpieczeniu społecznemu rolników, zawierającego wskazanie płatnika składek oraz tytuł ubezpieczenia, wystawionego:

a) do dnia 31 grudnia 1990 r. przez urząd gminy albo

b) przez Prezesa Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego;”;

4) § 14 otrzymuje brzmienie:

„§ 14. Rozporządzenie obowiązuje do dnia 30 czerwca 2021 r.”;

5) załączniki nr 1 i 2 do rozporządzenia otrzymują brzmienie określone w załącznikach nr 1 i 2 do niniejszego rozporządzenia.

§ 2. 1. W odniesieniu do refundacji składek na ubezpieczenia społeczne należnej za okresy począwszy od dnia 1 stycznia 2009 r. wnioskodawcy mogą składać korektę wniosku Wn-U-G lub wniosku Wn-U-A, według wzorów ustalonych w załącznikach nr 1 i 2 do rozporządzenia, o którym mowa w § 1, w brzmieniu nadanym niniejszym rozporządzeniem.

2. W okresie od dnia 30 czerwca 2014 r. do dnia 31 sierpnia 2014 r. wnioskodawcy mogą składać wniosek Wn-U-G lub wniosek Wn-U-A według wzorów ustalonych w załącznikach nr 1 i 2 do rozporządzenia, o którym mowa w § 1, w brzmieniu obowiązującym do dnia 29 czerwca 2014 r.

§ 3. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 30 czerwca 2014 r.

Minister Pracy i Polityki Społecznej: wz. *J. Duda*

<sup>1)</sup> Minister Pracy i Polityki Społecznej kieruje działem administracji rządowej – zabezpieczenie społeczne, na podstawie § 1 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Pracy i Polityki Społecznej (Dz. U. Nr 248, poz. 1485).

<sup>2)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2011 r. Nr 171, poz. 1016, Nr 209, poz. 1243 i 1244 i Nr 291, poz. 1707, z 2012 r. poz. 986 i 1456, z 2013 r. poz. 73, 675, 791, 1446 i 1645 oraz z 2014 r. poz. 598.

Załączniki do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 24 czerwca 2014 r. (poz. 853)

Załącznik nr 1

WZÓR

**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 2011 r. Nr 127, poz. 721, 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 społeczne 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>					<b>2. Numer w rejestrze PFRON<sup>3</sup></b> _____		
3. NIP <sup>3</sup> _____		4. NIP płatnika składek <sup>4</sup> _____		5. REGON <sup>5</sup> _____		6. PESEL <sup>3</sup> _____	
7. Pełna nazwa płatnika składek				8. Nazwisko		9. Pierwsze imię	
10. Forma prawna(1) <sup>6</sup> __		11. Forma prawna (2) <sup>7</sup> __		12. Forma własności <sup>8</sup> __		13. Wielkość <sup>9</sup> __	
				14. Identyfikator adresu <sup>10</sup> _____		15. PKD <sup>11</sup> _____	

<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>14</sup>	
1. Miesiąc __		2. Rok _____		_____	
19. Liczba dni prowadzenia działalności gospodarczej <sup>15</sup> __		20. Liczba dni prowadzenia działalności gospodarczej oraz udokumentowanej niepełnosprawności <sup>16</sup>			
		1. Ogółem __		2. W stopniu znacznym __	
		3. W stopniu umiarkowanym __		4. W stopniu lekkim __	

<b>D. Wniosek o wypłatę miesięcznej refundacji składek na ubezpieczenia społeczne<sup>1</sup></b>	
21. Otrzymana pomoc <i>de minimis</i> <sup>17</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>15</sup>	
22. Kwota refundacji składek uzyskana ze środków publicznych za miesiąc, którego dotyczy wniosek <sup>18</sup> _____	
23. Należna kwota refundacji <sup>20</sup> _____	
24. Rachunek bankowy wnioskodawcy, na który będzie przekazywana refundacja <sup>2</sup> _____	

<b>E. Dodatkowe informacje o wnioskodawcy<sup>2</sup></b>				
<b>E1. Adres</b>				
25. Ulica		26. Nr domu	27. Nr lokalu	28. Miejscowość
29. Kod pocztowy __-____		30. Poczta	31. Telefon <sup>21</sup>	32. Faks <sup>21</sup>
				33. E-mail
<b>E2. Adres do korespondencji / Dane pełnomocnika<sup>22</sup></b>				<b>34. Pełnomocnik<sup>23</sup></b>
35. Ulica		36. Nr domu	37. Nr lokalu	38. Miejscowość
39. Kod pocztowy __-____		40. Poczta	41. Telefon <sup>21</sup>	42. Faks <sup>21</sup>
				43. E-mail

Oświadczam, że <sup>1</sup>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ opłaciłem(-am) terminowo i w całości obowiązkowe składki na ubezpieczenia społeczne wykazane we wniosku,</li> <li>▪ nie posiadam zaległości w zobowiązaniach wobec PFRON w kwocie przekraczającej ogółem 100 zł,</li> <li>▪ dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym,</li> <li>▪ jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy,</li> <li>▪ wybieram <input type="checkbox"/> elektroniczną / <input type="checkbox"/> pisemną formę składania wniosków.<sup>24</sup></li> </ul>		
44. Data wypełnienia wniosku <sup>25</sup> - -	45. Imię, nazwisko i podpis wnioskodawcy lub osoby upoważnionej	46. Pieczęć wnioskodawcy <sup>26</sup>

Należy wypełnić wyraźnie pismem maszynowym lub ręcznie drukowanymi literami czarnym lub niebieskim kolorem.

Wn-U-G 1/1

**Objaśnienia do formularza Wn-U-G**

<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 stycznia 2010 r. oraz w przypadku zmiany danych.

<sup>3</sup> 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-u płatnika składek podlegających refundacji. Niewypełnienie poz. 4 jest równoznaczne ze złożeniem oświadczenia o identyczności NIP-u osoby niepełnosprawnej wykonującej działalność gospodarczą oraz NIP-u płatnika składek podlegających refundacji.

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

<sup>6</sup> Należy podać kod odpowiadający formie prawnej pracodawcy: 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 — pracodawca nienależący do kategorii określonych kodem od 1A do 1D.

<sup>7</sup> Należy podać kod szczególnej formy prawnej stosownie do § 8 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 27 lipca 1999 r. w sprawie sposobu i metodologii prowadzenia i aktualizacji rejestru podmiotów gospodarki narodowej, w tym wzorów wniosków, ankiet i zaświadczeń, oraz szczegółowych warunków i trybu współdziałania służb statystyki publicznej z innymi organami prowadzącymi urzędowe rejestry i systemy informacyjne administracji publicznej (Dz. U. Nr 69, poz. 763, z późn. zm.).

<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 — mikroprzedsiębiorca, kod 1 — przedsiębiorca mały, kod 2 — przedsiębiorca średni, kod 3 — inny przedsiębiorca, kod 4 — pracodawca niebędący przedsiębiorcą.

<sup>10</sup> Należy podać pełne, siedmiocyfrowe oznaczenie gminy, na obszarze której pracodawca 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. Nr 157, 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. Nr 251, poz. 1885, z późn. zm.).

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

<sup>13</sup> Kwota należnych składek na ubezpieczenie emerytalne opłaconych terminowo i w całości.

<sup>14</sup> Kwota należnych składek na ubezpieczenie rentowe opłaconych terminowo i w całości.

<sup>15</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>16</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. włącznie 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>17</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>18</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>19</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>20</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>21</sup> Należy podać także numer kierunkowy.

<sup>22</sup> Poz. 35-43 należy wypełnić, jeżeli adres do korespondencji wnioskodawcy jest inny niż adres wykazany w bloku E1. Jeżeli wnioskodawca udzielił pełnomocnictwa obejmującego składanie Wn-U-G, to w poz. 34-43 należy wykazać pełną nazwę lub imię i nazwisko pełnomocnika oraz 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> Należy podać datę w formacie: rok-miesiąc-dzień.

<sup>26</sup> Należy wypełnić w przypadku składania wniosku w formie dokumentu pisemnego, jeżeli wnioskodawca posiada pieczęć.

## WZÓR

## 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 2011 r. Nr 127, poz. 721, 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 20. dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym terminowo dokonano zapłaty składek na ubezpieczenia społeczne rolników za dany kwartał.
Adresat	Zarząd Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa.

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

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

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

D. Wniosek o wypłatę miesięcznej refundacji składek na ubezpieczenia społeczne rolników <sup>1</sup>	
12. Otrzymała pomoc <i>de minimis</i> <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>11</sup>	
13. Kwota refundacji składek uzyskana ze środków publicznych za kwartał, którego dotyczy wnioszek <sup>10</sup> _____	
14. Należna kwota refundacji <sup>12</sup> _____	
15. Rachunek bankowy wnioskodawcy, na który będzie przekazywana refundacja <sup>3</sup> _____	

E. Dodatkowe informacje o wnioskodawcy <sup>3</sup>			
E1. Adres zamieszkania			
16. Ulica _____	17. Nr domu _____	18. Nr lokalu _____	19. Miejscowość _____
20. Kod pocztowy ____-____	21. Poczta _____	22. Telefon <sup>13</sup> ____-____	23. Faks <sup>13</sup> ____-____
24. E-mail _____			
E2. 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 ____-____	31. Poczta _____	32. Telefon <sup>13</sup> ____-____	33. Faks <sup>13</sup> ____-____
34. E-mail _____			

Oświadczam, że <sup>1</sup>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ opłaciłem(-łam) terminowo i w całości składki na ubezpieczenia społeczne rolników wykazane we wniosku,</li> <li>▪ nie posiadam zaległości w zobowiązaniach wobec PFRON w kwocie przekraczającej ogółem 100 zł,</li> <li>▪ dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym,</li> <li>▪ jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy,</li> <li>▪ wybieram <input type="checkbox"/> elektroniczną / <input type="checkbox"/> pisemną formę składania wniosków<sup>16</sup>.</li> </ul>		
35. Data wypełnienia wniosku <sup>17</sup> ____-____-____	36. Imię, nazwisko i podpis wnioskodawcy lub osoby upoważnionej	37. Pieczęć wnioskodawcy <sup>18</sup>

Należy wypełnić wyraźnie pismem maszynowym lub ręcznie drukowanymi literami czarnym lub niebieskim kolorem.

**Objaśnienia do formularza Wn-U-A**

<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> 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. Nr 157, poz. 1031, z późn. zm.). Identyfikatory terytorialne gmin dostępne są na stronie internetowej Głównego Urzędu Statystycznego.

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

<sup>7</sup> Kwota należnych składek na ubezpieczenia emerytalno-rentowe opłaconych terminowo i w całości.

<sup>8</sup> Kwota należnych składek na ubezpieczenia wypadkowe, chorobowe i macierzyńskie opłaconych terminowo i w całości.

<sup>9</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>10</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>11</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>12</sup> Poz. 14 = (poz. 9 + poz. 10) – poz. 13. Wnioskodawca może nie wypełniać poz. 14.

<sup>13</sup> Należy podać także numer kierunkowy.

<sup>14</sup> Poz. 26–34 należy wypełnić, jeżeli adres do korespondencji wnioskodawcy jest inny niż adres wykazany w bloku E1. Jeżeli wnioskodawca udzielił pełnomocnictwa obejmującego składanie Wn-U-A, to w poz. 25–34 należy wykazać pełną nazwę lub imię i nazwisko pełnomocnika oraz 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.

<sup>18</sup> Należy wypełnić w przypadku składania wniosku w formie dokumentu pisemnego, jeżeli wnioskodawca posiada pieczęć.