

INF-U-G

Miesięczna informacja osoby niepełnosprawnej wykonującej działalność gospodarczą o podstawach wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne, składkach na ubezpieczenia społeczne i stopniu niepełnosprawności

Podstawa prawna:	Art. 25c ust. 1 pkt 1 i ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
Składający:	Osoba niepełnosprawna prowadząca działalność gospodarczą, o której mowa w art. 25a ust. 5 pkt 1 ustawy, której przysługuje refundacja obowiązkowych składek na ubezpieczenia społeczne.
Termin składania:	Do ostatniego dnia miesiąca, w którym upłynął termin do opłacenia składek na ubezpieczenie społeczne.
Adresat:	Zarząd Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa.

A. Dane ewidencyjne wnioskodawcy				1. Numer w rejestrze PFRON _____		2. PESEL ¹ _____	
3. NIP ¹ _____		4. REGON ¹ _____		5. Skrócona nazwa lub imię i nazwisko wnioskodawcy _____			
6. Kod pocztowy ____-____	7. Miejscowość _____		8. Ulica _____			9. Nr domu _____	10. Nr lokalu _____

B. Dane o informacji			
11. Za okres sprawozdawczy		12. Informacja ²	
1. Miesiąc ____	2. Rok ____	☐ 1. Zwykła ☐ 2. Korygująca	

C. Informacja o kwotach obowiązkowych składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe					
Okres prowadzenia działalności gospodarczej ³		Kwoty opłaconych terminowo składek na ubezpieczenia społeczne ⁴		22. Uzyskana pomoc de minimis w okresie trzech lat ⁵	
Liczba dni ⁶	ogółem	podstawa wymiaru składek ⁷	18. _____	☐ 1. wnioskodawca nie uzyskał pomocy de minimis ⁸	
	znaczący	emerytalne	19. _____	☐ 2. wnioskodawca uzyskał pomoc de minimis w kwocie _____ PLN _____ EUR ⁹	
	umiarkowany	rentowe	20. _____	☐ 3. wnioskodawca uzyskał pomoc de minimis w rybołówstwie w kwocie _____ PLN _____ EUR ⁹	
	lekki	RAZEM ¹⁰	21. _____	DO WYPŁATY ¹¹ 23. _____	

Oświadczam, że nie otrzymałem(am) innej pomocy dotyczącej składek wykazanych w poz. 21 i 23. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.	
24. Data wypełnienia wniosku ____-____-____	25. Imię, nazwisko i podpis wnioskodawcy lub osoby upoważnionej _____

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

Objaśnienia do formularza INF-U-G

¹ Wpisać numer, o ile jego nadanie wynika z przepisów prawa.

² W odpowiednim polu wstawić znak X.

³ W poz. 13 należy wykazać liczbę dni prowadzenia w okresie sprawozdawczym działalności gospodarczej.

⁴ Należy wpisać kwoty niesfinansowane ze środków publicznych.

⁵ Należy uwzględnić odpowiednio pomoc de minimis lub pomoc de minimis w rybołówstwie otrzymaną w danym roku oraz w ciągu dwóch poprzedzających go lat kalendarzowych.

⁶ W poz. 14-17 należy wykazać liczbę dni prowadzenia w okresie sprawozdawczym działalności gospodarczej przez osobę niepełnosprawną zaliczoną do określonego stopnia niepełnosprawności, o której mowa w art. 25a ust. 5 pkt 1 ustawy.

⁷ Kwota wykazana w poz. 18 nie może przekraczać kwoty stanowiącej 60 % przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w poprzednim kwartale.

⁸ Dotyczy pomocy de minimis i pomocy de minimis w rybołówstwie.

⁹ Należy wykazać sumę kwot wynikających z odpowiednich zaświadczeń o pomocy de minimis, nieprzeliczając ponownie tych kwot na euro według stanu na dzień złożenia wniosku.

¹⁰ $\text{Poz. 21} = (\text{poz. 19} + \text{poz. 20}) \times \text{poz. 14} / \text{poz. 13}$.

¹¹ Należy wykazać kwotę z poz. 21, jeżeli jej udzielenie nie spowoduje przekroczenia dopuszczalnej intensywności pomocy.