.............................................................

(nazwa przedsiębiorstwa społecznego)

data ............................

Starosta Włocławski

Powiatowy Urząd Pracy

we Włocławku

ul. Kapitulna 24

87-800 Włocławek

**Wniosek przedsiębiorstwa społecznego o finansowanie składek**

na zasadach określonych w art. 21 ust 1 ustawy z dnia 5 sierpnia 2022r. o ekonomii społecznej ( Dz. U z 2022 poz. 1812) oraz w rozporządzeniu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z dnia 26 października 2022r. ( Dz. U z 2022r. poz. 2219) w sprawie wzoru wniosku przedsiębiorstwa społecznego o finansowanie składek oraz trybu ich finansowania

**I. Dane dotyczące przedsiębiorstwa społecznego:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa przedsiębiorstwa |  | |
| Forma prawna |  | |
| Adres siedziby | Województwo |  |
| Miejscowość |  |
| Ulica |  |
| Numer domu |  |
| Numer lokalu |  |
| Kod pocztowy |  |
| Dane kontaktowe | Numer telefonu |  |
| Numer faksu |  |
| Adres e-mail |  |
| Strona www |  |
| NIP |  | |
| REGON |  | |
| KRS lub numer innej ewidencji lub innego rejestru |  | |
| Data umowy zawartej przez starostę i przedsiębiorstwo społeczne w sprawie finansowania składek na ubezpieczenia społeczne |  | |

**II. Dane rozliczeniowe**[[1]](#endnote-1)**:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. |  | Okres opłacenia składek | Podstawa wymiaru składek | Kwota opłaconych składek w ramach refundacji /  Kwota składek podlegająca finansowaniu w ramach zaliczki2) | | | | Łączna kwota składek |
|  |  | emerytalne | rentowe | chorobowe | wypadkowe |
| 1. | pracownik |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | pracodawca |  |  |  |  |  |  |  |
| Dane osoby, której dotyczy rozliczenie:  Imię i nazwisko: ........................................  PESEL ............................................  Okres, na który został zawarty stosunek pracy między przedsiębiorstwem społecznym a pracownikiem będącym osobą zagrożoną wykluczeniem społecznym ........................................................  Data rozpoczęcia zatrudnienia pracownika w przedsiębiorstwie społecznym: ....................................  Przynależność osoby przed zatrudnieniem w przedsiębiorstwie społecznym do3)   * bezrobotnych, w szczególności bezrobotnych długotrwale, w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r.  o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2023 r. poz. 735, z późn. zm.), posiadających status poszukujących pracy w wieku do 30. roku życia oraz po ukończeniu 50. roku życia, bez zatrudnienia w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, * osób poszukujących pracy niepozostających w zatrudnieniu lub niewykonujących innej pracy zarobkowej w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, w tym rodziców dzieci z rodzin wielodzietnych w rozumieniu ustawy z dnia 5 grudnia 2014 r. o Karcie Dużej Rodziny (Dz. U. z 2021 r. poz. 1744), * osób niepełnosprawnych w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2021 r. poz. 573, z późn. zm.), * osób, o których mowa w art. 2 pkt 1a i 1b ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym (Dz. U. z 2020 r. 176, z późn. zm.), * osób spełniających kryteria, o których mowa w art. 8 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2021 r. poz. 2268, z późn. zm.), * osób uprawnionych do specjalnego zasiłku opiekuńczego, o których mowa w art. 16a ust. 1 ustawy z dnia  28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2022 r. poz. 615, z późn. zm.), * osób usamodzielnianych, o których mowa w art. 140 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. z 2022 r. poz. 447, z późn. zm.) oraz w art. 88 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, * osób z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2020 r. poz. 685, z późn. zm.), * osób pozbawionych wolności, osób opuszczających zakłady karne oraz pełnoletnich osób opuszczających zakłady poprawcze, * osób starszych w rozumieniu ustawy z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych (Dz. U. z 2015 r. poz. 1705); | | | | | | | | |

**III.** Należne środki proszę przekazać na rachunek bankowy przedsiębiorstwa społecznego:

Nazwa banku: ...................................................................................................................................................................

Numer rachunku bankowego: ...........................................................................................................................................

**IV.** Oświadczam, że składki nie są finansowane ani refundowane z innych środków publicznych, w tym ze środków PFRON lub budżetu Unii Europejskiej4)

**V**. Oświadczenia wnioskodawcy

**Oświadczam, że:**

**1. Zalegam / nie zalegam\*** w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenie społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz innych danin publicznych.

**2. Nie toczy się** w stosunku do firmy postępowanie upadłościowe i **został/nie został \***zgłoszony wniosek o likwidację;

**3. Nie posiadam** w dniu złożenia niniejszego wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych;

**4. Podmiot nie był karany** w okresie 2 lat przed dniem złożenie wniosku za przestępstwa przeciwko obrotowi gospodarczemu, w rozumieniu ustawy z dnia 06.06.1997 r. – kodeks karny (Dz. U. z 2016r. poz. 1137 z późn. zm.);

**5.** W okresie 365 dni przed dniem zgłoszenia oferty pracy, w związku z niniejszym wnioskiem, **nie zostałem skazany** prawomocnym wyrokiem za naruszenie praw pracowniczych oraz **nie jestem** objęty postępowaniem wyjaśniającym w tej sprawie;

6. **Podmiot** spełnia warunki do udzielenia mu pomocy publicznej, o której mowa w rozporządzeniu o dopuszczalności udzielenia pomocy publicznej

**7.** . Zobowiązuję się w dniu podpisania umowy do złożenia dodatkowego oświadczenia o otrzymanej pomocy de minimis jeżeli taką pomoc otrzyma po złożeniu wniosku;

**8. Wszystkie podane we wniosku informacje są zgodne ze stanem faktycznym.**

\* - niepotrzebne skreślić

**VI.** W załączeniu kopie dokumentów potwierdzone za zgodność z oryginałem:

1. Deklaracja ZUS DRA za miesiące , którego rozliczenie dotyczy.

2. Potwierdzenie opłacenia składek na ubezpieczenia emerytalne, rentowe, chorobowe i wypadkowe ( przelew opłaconych składek).

3. Imienne raporty miesięczne o należnych składkach i wypłaconych świadczeniach

za osoby objęte wnioskiem ( ZUS RCA)

1. Listy wynagrodzeń potwierdzających wysokość naliczonych składek wraz z potwierdzeniem odbioru wynagrodzeń.

............................................. …..................................................

(miejscowość, data) (podpisy osób reprezentujących

przedsiębiorstwo społeczne)

................................................

(pieczątka przedsiębiorstwa społecznego)

1. W przypadku większej liczby osób należy dodać kolejne wiersze w tabeli

   2 Niewłaściwe wykreślić

   3 Zakreślić właściwe

   4 W przypadku gdy przedsiębiorstwo społeczne otrzymuje częściowe dofinansowanie z PFRON lub innych środków publicznych, w tym środków budżetu Unii Europejskiej, konieczne jest złożenie stosownych dokumentów potwierdzających brak podwójnego finansowania**.**

   WYPEŁNIA POWIATOWY URZĄD PRACY WE WŁOCŁAWKU

   DECYZJA DOTYCZĄCA SPOSOBU ROZPATRZENIA WNIOSKU

   …………………………………………………………………………………………………...

   …………………………………………………………………………………………………...

   Włocławek, dnia ……………………. …………………………………..

   Dyrektor PUP [↑](#endnote-ref-1)