|  |  |
| --- | --- |
| .................................................................  (nazwa przedsiębiorstwa społecznego) | data ............................ |
|  | **Starosta Stargardzki**  **Powiatowy Urząd Pracy w Stargardzie** |

**Wniosek przedsiębiorstwa społecznego**

**o zawarcie umowy w sprawie finansowania składek,**

**o których mowa w art. 21 ust. 1**

**ustawy z dnia 05 sierpnia 2022 r. o ekonomii społecznej**

1. **Dane podstawowe:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa przedsiębiorstwa społecznego |  | | | |
| 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 |  | | | |
| Stopa procentowa składki na ubezpieczenie wypadkowe płacone przez przedsiębiorstwo społeczne | | |  | |
| **Liczba pracowników, którzy mają zostać objęci refundacją** | | | |  | |
| **Wnioskowany okres refundacji składek w pełnej wysokości** (nie dłuższy niż do 24 miesięcy od dnia zatrudnienia) | | | |  | |
| **Wnioskowany okres refundacji składek w połowie wysokości** (nie dłuższy niż 12 miesięcy po upływie 24 miesięcy od dnia zatrudnienia) | | | |  | |

1. **Dane pracowników, których dotyczy wniosek** (w przypadku większej liczby osób dodaje się tabele dla kolejnych pracowników):

**Pracownik nr 1**

|  |
| --- |
| **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 do:   * bezrobotnych, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, * bezrobotnych długotrwale, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, * poszukujących pracy, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 22 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, bez zatrudnienia: * w wieku do 30. roku życia oraz po ukończeniu 50. roku życia   lub   * niewykonujących innej pracy zarobkowej, o której mowa w art. 2 ust. 1 pkt 11 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, * osób niepełnosprawnych w rozumieniu art. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, * absolwentów centrum integracji społecznej oraz absolwentów klubu integracji społecznej, o których mowa w art. 2 pkt 1a i 1b ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym, * 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, * osób uprawnionych do specjalnego zasiłku opiekuńczego, o których mowa w art. 16a ust. 1 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych, * 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 oraz w art. 88 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, * osób z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w art. 3 pkt 1 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, * osób pozbawionych wolności, osób opuszczających zakłady karne oraz pełnoletnich osób opuszczających zakłady poprawcze, * osób starszych, o których mowa w art. 4 pkt 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych, * osób, które uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą. |

**Pracownik nr 2**

|  |
| --- |
| **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 do:   * bezrobotnych, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, * bezrobotnych długotrwale, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, * poszukujących pracy, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 22 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, bez zatrudnienia: * w wieku do 30. roku życia oraz po ukończeniu 50. roku życia   lub   * niewykonujących innej pracy zarobkowej, o której mowa w art. 2 ust. 1 pkt 11 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, * osób niepełnosprawnych w rozumieniu art. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, * absolwentów centrum integracji społecznej oraz absolwentów klubu integracji społecznej, o których mowa w art. 2 pkt 1a i 1b ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym, * 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, * osób uprawnionych do specjalnego zasiłku opiekuńczego, o których mowa w art. 16a ust. 1 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych, * 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 oraz w art. 88 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, * osób z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w art. 3 pkt 1 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, * osób pozbawionych wolności, osób opuszczających zakłady karne oraz pełnoletnich osób opuszczających zakłady poprawcze, * osób starszych, o których mowa w art. 4 pkt 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych, * osób, które uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą. |

1. Należne środki proszę przekazać na rachunek bankowy albo rachunek w spółdzielczej kasie oszczędnościowo-kredytowej przedsiębiorstwa społecznego:

Nazwa banku albo spółdzielczej kasy oszczędnościowo-kredytowej:

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

Numer rachunku bankowego albo rachunku w spółdzielczej kasie oszczędnościowo-kredytowej:

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

1. **Oświadczam, że wynagrodzenia lub składki na ubezpieczenia społeczne pracowników objętych niniejszym wnioskiem:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **nie są i nie będą** współfinansowane ani refundowane z innych środków publicznych, w tym |
|  | ze środków PFRON lub z budżetu Unii Europejskiej |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **są lub będą** współfinansowane albo refundowane z innych środków publicznych[[1]](#footnote-1) | | |
|  |  |  | ze środków PRFON |
|  |  |  | ze środków Unii Europejskiej |
|  |  |  | z innych środków publicznych (podać jakich…………………………………………….). |

1. **Oświadczam, że na utworzenie stanowiska pracy, na którym zatrudnione są osoby objęte niniejszym wnioskiem, przedsiębiorstwo społeczne pozyskało lub pozyska1:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | dofinansowanie na zakup wyposażenia stanowiska pracy | | |
|  | dofinansowanie na utrzymanie stanowiska pracy z przeznaczeniem na sfinansowanie: | | |
|  |  |  | wynagrodzenia brutto |
|  |  |  | wynagrodzenia netto |
|  |  |  | składki zdrowotnej |
|  |  |  | składek na ubezpieczenia społeczne |
|  |  |  | innych kosztów (jakich)…………………………. |
|  | nie dotyczy. | | |

1. **Imię, nazwisko i stanowisko osób/y uprawnionych/ej do podpisywania umowy:**

**……………………………………………………………..……………………………………….**

**Wiarygodność informacji podanych we wniosku i w załączonych do niego dokumentach potwierdzam własnoręcznym podpisem. Świadomy/-a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego oświadczam, pod rygorem wypowiedzenia umowy, że informacje zawarte we wniosku i w załączonych do niego dokumentach są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.**

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

*data oraz podpisy i pieczątki imienne*

*osób reprezentujących przedsiębiorstwo społeczne*

Załączniki:

Załącznik nr 1 – Oświadczenia wnioskodawcy.

Załącznik nr 2 – Oświadczenia dotyczące ochrony danych osobowych.

Załącznik nr 3 – Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis

(składają wyłącznie beneficjenci pomocy publicznej niebędący rolnikami).

Załącznik nr 3a – Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis

w sektorze rolnictwa (składają wyłącznie rolnicy).

Do wniosku należy załączyć:

1. Dokument potwierdzający formę prawną prowadzenia działalności (w przypadku, jeśli taki dokument nie jest dostępny w rejestrach centralnych) – kserokopia potwierdzona przez wnioskodawcę za zgodność z oryginałem.
2. Decyzję o uzyskaniu statusu przedsiębiorstwa społecznego – kserokopia potwierdzona przez wnioskodawcę za zgodność z oryginałem w przypadku, jeśli status przedsiębiorstwa społecznego nie jest możliwy do zweryfikowania w publicznym rejestrze – Wykaz przedsiębiorstw społecznych).
3. Zaświadczenie z Urzędu Skarbowego o niezaleganiu z opłatami z tytułu zobowiązań podatkowych (ważne 60 dni od dnia wystawienia).
4. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis.
5. Wszystkie zaświadczenia o pomocy de minimis oraz pomocy de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie, albo oświadczenie o wielkości tej pomocy, albo oświadczenie o nieotrzymaniu takiej pomocy, za okres minionych trzech lat.
6. Pełnomocnictwo osób wskazanych do reprezentacji podmiotu (jeśli nie wynika ono z innych dokumentów).

1. W przypadku gdy przedsiębiorstwo społeczne otrzyma/otrzymało częściowe dofinansowanie z PFRON lub innych środków publicznych, w tym ze środków budżetu Unii Europejskiej, konieczne będzie złożenie stosownych dokumentów potwierdzających brak

   podwójnego finansowania [↑](#footnote-ref-1)