|  |  |
| --- | --- |
| ................................................................. (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 |  |
| ePUAP |  |
| e-Doręczenia |  |
| NIP |  |
| REGON  |  |
| KRS lub numer innej ewidencjilub 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 pkt 1 ustawy z dnia 20.03.2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia,
* bezrobotnych długotrwale, o których mowa w art. 2 pkt 4 ustawy z dnia 20.03.2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia,
* poszukujących pracy, o których mowa w art. 2 pkt 24 ustawy z dnia 20.03.2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia, 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 pkt 9 ustawy z dnia 20.03.2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia,
* osób niepełnosprawnych w rozumieniu art. 1 ustawy z dnia 27.08.1997 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 13.06.2003 r. o zatrudnieniu socjalnym,
* osób spełniających kryteria, o których mowa w art. 8 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 12.03.2004 r. o pomocy społecznej,
* osób uprawnionych do specjalnego zasiłku opiekuńczego, o których mowa w art. 16a ust. 1 ustawy z dnia 28.11.2003 r. o świadczeniach rodzinnych,
* osób usamodzielnianych, o których mowa w art. 140 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 9.06.2011 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 19.08.1994 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 11.09.2015 r. o osobach starszych,
* osób, które uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą.
 |

Oświadczam, że wynagrodzenia lub składki na ubezpieczenia społeczne ww. pracownika:

|  |  |
| --- | --- |
|  | **nie jest i nie będzie** współfinansowane ani refundowane z innych środków publicznych, w tym |
|  | ze środków PFRON lub z budżetu Unii Europejskiej |
|  | **jest lub będzie** współfinansowane albo refundowane z innych środków publicznych[[1]](#footnote-1)  |
|  |  |  | ze środków PRFON w kwocie …………………………zł/m-c. |
|  |  |  | ze środków UE w kwocie ……………………zł/m-c na okres od …………….… do ……………….. |
|  |  |  | z innych środków publicznych (podać jakich…………………………………………….) . |

Oświadczam, że na utworzenie stanowiska pracy, na którym zatrudniony jest ww. pracownik, przedsiębiorstwo społeczne pozyskało lub pozyska1:

|  |  |
| --- | --- |
|  | dofinansowanie na zakup wyposażenia stanowiska pracy |
|  | dofinansowanie na utrzymanie stanowiska pracy z przeznaczeniem na sfinansowanie: |
|  |  |  | wynagrodzenia brutto w kwocie ……………zł/m-c na okres od ……….… do ……………….. |
|  |  |  | wynagrodzenia netto w kwocie ……………zł/m-c na okres od ……….… do ……………….. |
|  |  |  | składki zdrowotnej w kwocie ……………zł/m-c na okres od ……….… do ……………….. |
|  |  |  | składek na ubezpieczenia społeczne ……………zł/m-c na okres od ………… do ……………. |
|  |  |  | innych kosztów (podać jakich……………………………..…………) |
|  | nie dotyczy. |

**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 pkt 1 ustawy z dnia 20.03.2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia,
* bezrobotnych długotrwale, o których mowa w art. 2 pkt 4 ustawy z dnia 20.03.2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia,
* poszukujących pracy, o których mowa w art. 2 pkt 24 ustawy z dnia 20.03.2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia, 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 pkt 9 ustawy z dnia 20.03.2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia,
* osób niepełnosprawnych w rozumieniu art. 1 ustawy z dnia 27.08.1997 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 13.06.2003 r. o zatrudnieniu socjalnym,
* osób spełniających kryteria, o których mowa w art. 8 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 12.03.2004 r. o pomocy społecznej,
* osób uprawnionych do specjalnego zasiłku opiekuńczego, o których mowa w art. 16a ust. 1 ustawy z dnia 28.11.2003 r. o świadczeniach rodzinnych,
* osób usamodzielnianych, o których mowa w art. 140 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 9.06.2011 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 19.08.1994 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 11.09.2015 r. o osobach starszych,
* osób, które uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą..
 |

Oświadczam, że wynagrodzenia lub składki na ubezpieczenia społeczne ww. pracownika:

|  |  |
| --- | --- |
|  | **nie jest i nie będzie** współfinansowane ani refundowane z innych środków publicznych, w tym |
|  | ze środków PFRON lub z budżetu Unii Europejskiej |
|  | **jest lub będzie** współfinansowane albo refundowane z innych środków publicznych[[2]](#footnote-2)  |
|  |  |  | ze środków PRFON w kwocie …………………………zł/m-c. |
|  |  |  | ze środków UE w kwocie ……………………zł/m-c na okres od …………….… do ……………….. |
|  |  |  | z innych środków publicznych (podać jakich…………………………………………….) . |

Oświadczam, że na utworzenie stanowiska pracy, na którym zatrudniony jest ww. pracownik, przedsiębiorstwo społeczne pozyskało lub pozyska2:

|  |  |
| --- | --- |
|  | dofinansowanie na zakup wyposażenia stanowiska pracy |
|  | dofinansowanie na utrzymanie stanowiska pracy z przeznaczeniem na sfinansowanie: |
|  |  |  | wynagrodzenia brutto w kwocie ……………zł/m-c na okres od ……….… do ……………….. |
|  |  |  | wynagrodzenia netto w kwocie ……………zł/m-c na okres od ……….… do ……………….. |
|  |  |  | składki zdrowotnej w kwocie ……………zł/m-c na okres od ……….… do ……………….. |
|  |  |  | składek na ubezpieczenia społeczne ……………zł/m-c na okres od ………… do ……………. |
|  |  |  | innych kosztów (podać jakich……………………………..…………) |
|  | nie dotyczy. |

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. **I**m**ię, 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 i koniecznością zwrotu przyznanych środków publicznych, 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).

Załącznik nr 3a – Formularz informacji przedstawianych przez wnioskodawcę ubiegającego się o pomoc

de minimis w sektorze rolnictwa lub rybołówstwa (składają wyłącznie beneficjenci pomocy

 publicznej działający w sektorze rolnictwa lub rybołówstwa).

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 KAS / US o niezaleganiu z opłatami z tytułu zobowiązań podatkowych (ważne 60 dni od dnia wystawienia).
4. 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.
5. Pełnomocnictwo osób wskazanych do reprezentacji podmiotu (jeśli nie wynika ono z innych dokumentów).

**Załącznik nr 1**

**O Ś W I A D C Z E N I A**

**Oświadczam, że Wnioskodawca:**

* + 1. **⬜ Jest /** ⬜ **nie jest beneficjentem pomocy publicznej** w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (tj.: Dz. U. z 2025 r., poz. 468).

Beneficjentem pomocy - jest podmiot prowadzący działalność gospodarczą, w tym podmiot prowadzący działalność w zakresie rolnictwa lub rybołówstwa, bez względu na formę organizacyjno-prawną oraz sposób finansowania.

Beneficjentem pomocy publicznej może być podmiot prowadzący działalność gospodarczą, nienastawiony na zysk, wykonujący działalność społecznie użyteczną lub o misyjnym charakterze, przeznaczający ewentualny zysk na rozwój podstawowej działalności nie nastawionej na zysk, spółki prawa handlowego o celu niegospodarczym, fundacje, stowarzyszenia, muzea, biblioteki, zakłady budżetowe, zakłady opieki zdrowotnej (publiczne i niepubliczne) itp.

Jeżeli podmiot rzeczywiście prowadzi działalność gospodarczą, a pomoc ze środków publicznych zostanie udzielona na ten zakres działalności podmiotu wówczas stanowi ona pomoc de minimis.

* + 1. **⬜ Zalega / ⬜ nie zalega** z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom, z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Fundusz Solidarnościowy i Fundusz Emerytur Pomostowych oraz z wpłatami na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenie społeczne rolników lub na ubezpieczenie zdrowotne oraz zopłacaniem innych danin publicznych;
		2. **⬜ Znajduje się / ⬜ nie znajduje się** na liście osób i podmiotów zamieszczonych na stronie internetowej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji objętych sankcjami na podstawie Ustawy z dnia 13.04.2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (<https://www.gov.pl/web/mswia/lista-osob-i-podmiotow-objetych-sankcjami>); **⬜ jest / ⬜ nie jest** powiązany osobowo lub kapitałowo z osobami lub podmiotami, względem których stosowane są ww. środki sankcyjne i które figurują na ww. liście.
		3. Zobowiązuje się do złożenia, w dniu zawarcia umowy, dodatkowego oświadczenia o uzyskanej pomocy de minimis oraz pomocy de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie oraz uzyskanej pomocy publicznej, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy z Powiatowym Urzędem Pracy, otrzyma pomoc de minimis oraz pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie lub pomoc publiczną udzieloną w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikowanych (dotyczy beneficjentów pomocy publicznej).
		4. **Spełnia warunki, o których mowa w:**

**⬜** rozporządzeniu Komisji (UE) 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 r. w sprawie stosowania art. 107  i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L, 2023/2831 z 15.12.2023),

**⬜** 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, z późn. zm.),

**⬜** rozporządzeniu Komisji (UE) nr 717/2014 z dnia 27 czerwca 2014 r. w sprawie stosowania  art. 107  i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury (Dz. Urz. UE L 190 z 28.06.2014, str. 45, z późn. zm.),

**⬜** nie dotyczy, wnioskodawca nie jest beneficjentem pomocy publicznej.

**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 i koniecznością zwrotu przyznanych środków publicznych, że informacje zawarte we wniosku i w załączonych do niego dokumentach są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.**

Data ..................................................... …………………..…..…….................................................

*data oraz podpisy i pieczątki imienne*

*osób reprezentujących przedsiębiorstwo społeczne*

**Załącznik nr 2**

**Klauzula zgody na przetwarzanie danych osobowych**

1. Na podstawie art. 6 ust 1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO) **wyrażam zgodę** na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie imienia, nazwiska, adresu zamieszkania i nr PESEL przez administratora danych Powiatowy Urząd Pracy z siedzibą w Stargardzie, ul. Pierwszej Brygady 35, REGON 810145792, NIP 8541983165do celów związanych z rozpatrywaniem wniosku oraz realizacją umowy przez okres niezbędny do rozliczenia umowy oraz wymagany okres archiwizacji.
2. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o przysługującym mi prawie do wycofania zgody na przetwarzanie moich danych osobowych w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.
3. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.

………………………………..….………………………..………….

*(podpis i pieczątka Wnioskodawcy lub upoważnionej osoby)*

**Klauzula informacyjna**

1. Zapoznałem/am się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania dostępnych na stronie internetowej Powiatowego Urzędu Pracy w Stargardzie pod adresem www.stargard.praca.gov.pl.
2. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o przysługujących mi prawach w związku z przetwarzaniem przez Powiatowy Urząd Pracy w Stargardzie moich danych osobowych zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO).
3. Oświadczam, że wypełniłem/am obowiązki informacyjne dostępne na stronie internetowej Powiatowego Urzędu Pracy w Stargardzie pod adresem www.stargard.praca.gov.pl. przewidziane w art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o przyznanie dofinansowania składek, o których mowa w art. 21 ust. 1 ustawy z dnia 05 sierpnia 2022 r. o ekonomii społecznej.

………………………………..….………………………..………….

*(podpis i pieczątka Wnioskodawcy lub upoważnionej osoby)*

1. W przypadku gdy przedsiębiorstwo społeczne otrzyma/otrzymało częściowe dofinansowanie z PFRON lub innych środków publicznych, w tym ze środków budżetu UE, konieczne będzie złożenie stosownych dokumentów potwierdzających brak podwójnego finansowania [↑](#footnote-ref-1)
2. W przypadku gdy przedsiębiorstwo społeczne otrzyma/otrzymało częściowe dofinansowanie z PFRON lub innych środków publicznych, w tym ze środków budżetu UE, konieczne będzie złożenie stosownych dokumentów potwierdzających brak podwójnego finansowania [↑](#footnote-ref-2)