|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Inowrocław, |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | - |  |  | - |  |  |  |  |

 |
|  |  |
|  |  |  |
|  | (pieczęć przedsiębiorstwa społecznego) |  |
|  |  |  | **Powiatowy Urząd Pracy****w Inowrocławiu** |  |
|  |  |  |  |  |
|  | **WNIOSEK****O FINANSOWANIE SKŁADEK OPŁACONYCH****OSOBOM ZATRUNIONYM W PRZEDSIĘBIORSTWIE SPOŁECZNYM,****O KTÓRYCH MOWA W ART. 21 UST. 4USTAWY Z DNIA 29 SIERPNIA 2022 R. O EKONOMII SPOŁECZNEJ** |  |
|  |  |  |  |
|  | Podstawa prawna: |  |
|  |  | art. 21 ust. 4 ustawy z dnia 5 sierpnia 2022 r. o ekonomii społecznej (Dz.U.2023.1287) |  |
|  |  | Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz.U.2023.735) |  |
|  |  | Rozporządzenie Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z dnia 26 października 2022 r. w sprawie wzoru wniosku przedsiębiorstwa społecznego o finansowanie składek oraz trybu ich finansowania (Dz.U.2022.2219) |  |
|  |  | Ustawa z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (DZ.U.2023.702) |  |
|  |  |  |  |
|  | **Strona 1 z 4** |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  | **I. DANE DOTYCZĄCE PRZEDSIĘBIORSTWA SPOŁECZNEGO** |  |
|  |  |  |  |  |
|  | **1. Nazwa przedsiębiorstwa społecznego** |  | **2. Adres siedziby** |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | **3. Nazwa przedsiębiorstwa społecznego** |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | **4. NIP** |  | **4. REGON** |  |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |  |
|  |  |  |  |  |
|  | **5. KRS lub numer innej ewidencji lub innego rejestru** |  |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | **6. Dane osoby upoważnionej do podpisania umowy i składania oświadczeń w zakresie praw i obowiązków majątkowych** |  | **7. Dane osoby upoważnionej do podpisania umowy i składania oświadczeń w zakresie praw i obowiązków majątkowych** |  |
|  |  |  |  |  |
|  | **6. a Imię** |  | **7. a Imię** |  |
|  |  |  |  |  |
|  | **6. b Nazwisko** |  | **7. b Nazwisko** |  |
|  |  |  |  |  |
|  | **6. c Stanowisko** |  | **7. c Stanowisko** |  |
|  |  |  |  |  |
|  | **6. d Numer telefonu** |  | **7. d Numer telefonu** |  |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |  |
|  | **6. e Adres e-mail** |  | **7. e Adres e-mail** |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | **8. Nazwa banku albo spółdzielczej kasy oszczędnościowo-kredytowej** |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | **9. Numer rachunku bankowego albo rachunku albo spółdzielczej kasy oszczędnościowo-kredytowej** |  |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |  |
|  |  |  |  |  |
|  | **10. Dane dotyczące umowy zawartej między Powiatowym Urzędem Pracy w Inowrocławiu a przedsiębiorstwem społecznym**  |  |
|  |  |  |
|  | **10. a Data zawarcia umowy** |  | **10. b Numer umowy** |  |
|  |  |  |  |  |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | - |  |  | - |  |  |  |  |

 |  |  |  |
|  |  |  |
|  | **Strona 2 z 4** |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  | **II. DANE ROZLICZENIOWE** |  |
|  | **1. Dane rozliczeniowe** |  |
|  |  |  |
|  | Lp. | Składki | Okres opłacenia składek | Kwota opłaconych składek w ramach refundacji / Kwota składek podlegająca finansowaniu w ramach zaliczki |  |
|  | emerytalne | rentowe | chorobowe | Wypadkowe |  |
|  | 1. | pracownik |  |  |  |  |  |  |
|  | 2. | pracodawca |  |  |  |  |  |  |
|  | 3. | pracownik |  |  |  |  |  |  |
|  | 4. | pracodawca |  |  |  |  |  |  |
|  | 5. | pracownik |  |  |  |  |  |  |
|  | 6. | pracodawca |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **1. a Imię (imiona)** |  | **1. b Nazwisko** |  |
|  |  |  |  |  |
|  | **1. c PESEL** |  | **1. d Data rozpoczęcia zatrudnienia pracownika w przedsiębiorstwie społecznym** |  |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | - |  |  | - |  |  |  |  |

 |  |
|  | **1. e Okres, na który został zawarty stosunek pracy między przedsiębiorstwem społecznym a pracownikiem będącym osobą zagrożoną wykluczeniem społecznym** |  |
|  |  |  |
|  | **1. f Przynależność osoby przed zatrudnieniem w przedsiębiorstwie społecznym (zaznaczyć właściwe):** |  |
|  |  |  |
|  | [ ]  |  | osoba bezrobotna, w szczególności bezrobotna długotrwale, w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r.o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz.U. z 2023 r. poz. 1287, z późn. zm.), posiadającastatus poszukującego pracy w wieku do 30. roku życia oraz po ukończeniu 50. roku życia, bez zatrudnieniaw rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, |  |
|  | [ ]  |  | osoba poszukująca pracy niepozostająca w zatrudnieniu lub niewykonująca innej pracy zarobkowejw rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, w tymrodzic dzieci z rodziny wielodzietnych w rozumieniu ustawy z dnia 5 grudnia 2014 r. o Karcie DużejRodziny (Dz. U. z 2021 r. poz. 1744, z późn. zm.), |  |
|  | [ ]  |  | osoba niepełnosprawna w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodoweji społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2021 r. poz. 573, z późn. zm.), |  |
|  | [ ]  |  | osoba, o której mowa w art. 2 pkt 1a i 1b ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym (Dz. U.z 2020 r. poz. 176, z późn. zm.), |  |
|  | [ ]  |  | osoba spełniająca kryteria, o których mowa w art. 8 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocyspołecznej (Dz. U. z 2021 r. poz. 2268, z późn. zm.), |  |
|  | [ ]  |  | osoba uprawniona do specjalnego zasiłku opiekuńczego, o której mowa w art. 16a ust. 1 ustawy z dnia28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2022 r. poz. 615, z późn. zm.), |  |
|  | [ ]  |  | osoba usamodzielniana, o której mowa w art. 140 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniurodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. z 2022 r. poz. 447, z późn. zm.) oraz w art. 88 ust. 1 ustawy z dnia12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, |  |
|  | [ ]  |  | osoba z zaburzeniami psychicznymi, o której mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowiapsychicznego (Dz. U. z 2022 r. poz. 2123), |  |
|  | [ ]  |  | osoba pozbawiona wolności, osoba opuszczająca zakład karny oraz pełnoletnia osoba opuszczającazakład poprawczy, |  |
|  | [ ]  |  | osoba starsza w rozumieniu ustawy z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych (Dz. U. z 2015 r. poz. 1705); |  |
|  | [ ]  |  | osoba, która uzyskała w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą. |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  | **Strona 3 z 4** |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  | **III. POZOSTAŁE INFORMACJE I OŚWIADCZENIA** |  |
|  |  |  |
|  | **1. Należne środki proszę przekazać na rachunek bankowy spółdzielni socjalnej wskazany we wniosku (pkt I. 9).**  |  |
|  |  |  |
|  | **2. Do wniosku załączamy: zaświadczenie ZUS o niezaleganiu z opłacaniem składek lub informacja o stanie rozliczeń konta płatnika oraz kopie imiennych raportów miesięcznych (ZUS RCA) za osoby objęte wnioskiem.** |  |
|  |  |  |
|  | **3. Oświadczamy, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.** |  |
|  |  |  |
|  | **4. Oświadczamy, że składki nie są finansowane ani refundowane z innych środków publicznych, w tym ze środków PFON lub budżetu Unii Europejskiej.** |  |
|  |  |  |  |  |
|  | **2. Podpis osoby wskazanej w punkcie I.6** |  | **3. Podpis osoby wskazanej w punkcie I.7** |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | **Strona 4 z 4** |  |
|  |  |  |  |  |