

**POWIATOWY URZĄD PRACY
W KOSZALINIE**

**WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY O REFUNDACJĘ OPŁACONYCH SKŁADEK
NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE ZA PRACOWNIKÓW
PRZEDSIĘBIORSTWA SPOŁECZNEGO**

Na zasadach określonych w ustawie z dnia 5 sierpnia 2022 r. o ekonomii społecznej oraz w rozporządzeniu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z dnia 26 października 2022 r. w sprawie wzoru wniosku przedsiębiorstwa społecznego o finansowanie składek oraz trybu ich finansowania.

I. DANE DOTYCZĄCE PRZEDSIĘBIORSTWA SPOŁECZNEGO:

1. Nazwa przedsiębiorstwa
-
- NIPREGON
- KRS/ numer innej ewidencji lub innego rejestru
- PKD działalności
2. Adres siedziby
.....
3. Telefon kontaktowye-mail.....
4. Miejsce prowadzenia działalności
.....
5. Data rozpoczęcia działalności przez przedsiębiorstwo społeczne
6. Wysokość składki na ubezpieczenie wypadkowe (%)
.....
7. Liczba pracowników przedsiębiorstwa społecznego stan na dzień
8. Imię, nazwisko i stanowisko osób upoważnionych do podpisania umowy i składania oświadczeń w zakresie praw i obowiązków majątkowych
.....

II. OSOBA WYZNACZONA DO KONTAKTU Z POWIATOWYM URZĘDEM PRACY:.....
Imię i nazwisko.....
Stanowisko.....
Numer telefonu**III. DANE PRACOWNIKÓW, KTÓRYCH SKŁADKI PODLEGAĆ BĘDĄ ZWROTOWI:**

Lp.	Imię i nazwisko	PESEL	Okres, na który został zawarty stosunek pracy między przedsiębiorstwem społecznym a jej pracownikiem	Przynależność osoby przed zatrudnieniem w przedsiębiorstwie społecznym Podać A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, K lub L ¹
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

¹ **Przynależność osoby przed zatrudnieniem z przedsiębiorstwem społecznym:**

- A. - bezrobotny, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy
- B. - bezrobotny długotrwale, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy,
- C. - poszukujący pracy, o którym 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
 - niewykonujący 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,
- D. - osoba niepełnosprawna w rozumieniu art. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,
- E. - absolwent centrum integracji społecznej oraz absolwent klubu integracji społecznej, o których mowa w art. 2 pkt 1a i 1b ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym,
- F. - osoba spełniająca kryteria, o których mowa w art. 8 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej
- G. - osoba uprawniona do specjalnego zasiłku opiekuńczego, o której mowa w art. 16a ust. 1 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych
- H. - osoba usamodzielniana, o której mowa w art. 140 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej oraz art. 88 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej,
- I. - osoba z zaburzeniami psychicznymi, o której mowa w art. 3 pkt 1 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego
- J. - osoba pozbawiona wolności, osoba opuszczająca zakład karny oraz pełnoletnia osoba opuszczająca zakład poprawczy,
- K. - osoba starsza, o której mowa w art. 4 pkt 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych,
- L. - osoba, która uzyskała w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą.

IV OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

Świadomy(a), iż zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy, zgodnie z art. 233 § 1 Kodeksu karnego podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8, oświadczam w imieniu swoim lub podmiotu, który reprezentuję, co następuje:

1. **znajduję się / nie znajduję się*** w trudnej sytuacji ekonomicznej,
2. **zalegam / nie zalegam*** w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenia zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych,
3. **zalegam / nie zalegam*** w dniu złożenia wniosku z opłacaniem innych danin publicznych,
4. **posiadam / nie posiadam*** w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych,
5. **znajduję się / nie znajduję 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 wspierania agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (<https://www.gov.pl/web/mswia/lista-osob-i-podmiotow-objetych-sankcjami>), **jestem / nie jestem*** powiązany osobowo lub kapitałowo, z osobami lub podmiotami, względem których stosowane są ww. środki sanacyjne, i które figurują na ww. liście,
6. **prowadzę / nie prowadzę*** działalności gospodarczej na podstawie art. 2 pkt. -17 ustawy o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (należy przez to rozumieć działalność gospodarczą, do której mają zastosowanie reguły konkurencji określone w przepisach części trzeciej tytułu VII rozdziału 1 TFUE),
7. oświadczam, że składki pracowników wymienionych we wniosku nie są finansowane ani refundowane z innych środków publicznych, w tym ze środków PFRON lub budżetu Unii Europejskiej

8. Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia Powiatowego Urzędu Pracy w Koszalinie – jeżeli w okresie od dnia złożenia niniejszego wniosku do dnia podpisania umowy zmianie ulegnie stan prawny lub faktyczny wskazany w dniu złożenia wniosku.
9. Oświadczam, że (odpowiednie zaznaczyć x) :

- w okresie trzech poprzedzających lat **nie uzyskałem** pomocy de minimis oraz/lub pomocy de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie
- w okresie trzech poprzedzających lat **uzyskałem** pomoc de minimis oraz/lub pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie, w wysokości:

w PLN

w EUR

V KLAUZULA INFORMACYJNA:

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE)2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (zwanego dalej RODO) informuję, że :

1. Administratorem danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Koszalinie ul. Raclawicka 13, 75-620 Koszalin .
2. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych w PUP Koszalin - tel. 94 34 55 735 e-mail iod@pup.koszalin.pl .
3. Dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zadań określonych w ustawie z dnia 20.04.2004 r. z dnia 5 sierpnia 2022 r. o ekonomii społecznej na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b, c RODO.
4. Odbiorcami danych osobowych będą podmioty uprawnione na podstawie przepisów prawa oraz podmioty przetwarzające dane osobowe na zlecenie Administratora na podstawie umowy powierzenia.
5. Dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji celu, dla którego zostały zebrane i zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa dotyczącymi archiwizacji.
6. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania, usunięcia, lub ograniczenia przetwarzania, prawie sprzeciwu, prawie do przenoszenia danych oraz prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna, że przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy RODO.
7. Podanie danych osobowych jest niezbędne do realizacji wskazanego celu, a w przypadku niepodania danych , wypełnienie powyższego celu nie będzie możliwe.
8. Dane nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji w tym profilowaniu.

Załączniki do wniosku:

1. Kserokopia umów o pracę, spółdzielczych umów o pracę, innych umów potwierdzających zatrudnienie w przedsiębiorstwie społecznym,
2. Aktualny odpis z KRS lub innej ewidencji, innego rejestru, do którego wpisane jest Przedsiębiorstwo społeczne
3. Kserokopia decyzji wojewody o nadaniu statusu przedsiębiorstwa społecznego,
4. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis (*wypełnia beneficjent pomocy de minimis*)

.....
(Data i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania przedsiębiorstwa społecznego)

* *niepotrzebne skreślić*

WYPEŁNIA PUP

1. Wniosek spełnia/nie spełnia wymogi/gów formalne/nych.
2. Wobec Wnioskodawcy mają / nie mają zastosowanie przepisy o pomocy de minimis.
3. Pracodawca spełnia/nie spełnia warunki/ków do udzielania pomocy de minimis.
4. Dokonano weryfikacji oświadczeń i danych z wniosku w:
 - CEiDG / KRS/inny rejestr
 - Shrimp II
 - ZUS
 - Lista sankcyjna

Uwagi:

.....

.....

.....

(data i podpis pracownika)