

.....
(nazwa przedsiębiorstwa społecznego/ pieczęć)

data

Starosta Chrzanowski
Powiatowy Urząd Pracy
w Chrzanowie
ul. Słowackiego 8
32-500 Chrzanów

Wniosek przedsiębiorstwa społecznego o zawarcie umowy na finansowanie składek

na zasadach określonych w art. 21 ust 1 ustawy z dnia 5 sierpnia 2022r. o ekonomii społecznej (Dz. U z 2024 poz. 113) 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 uzyskania statusu przedsiębiorstwa społecznego		
Wysokość składki na ubezpieczenie wypadkowe w (%):		

II. Dane dotyczące refundacji (należy sporządzić dla każdego stanowiska oddzielnie):

Lp	Nazwa stanowiska osoby planowanej do objęcia refundacją	Okres opłacenia składek	Podstawa wymiaru składek	Planowana kwota opłaconych składek w ramach refundacji				Planowana łączna kwota składek
				emerytalne	rentowe	chorobowe	wypadkowe	
1.								

Dane osoby, której dotyczy wniosek:

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 osób przewidzianych do refundacji przed zatrudnieniem w przedsiębiorstwie społecznym do:

- bezrobotnych, w szczególności bezrobotnych długotrwale, w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2024 r. poz. 475, 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,
- osób niepełnosprawnych w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,
- osób, 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 ustawie 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 w rozumieniu ustawy z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych,
- osoba, która uzyskała w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą.

III. Rachunek bankowy przedsiębiorstwa społecznego:

Nazwa banku:

Numer rachunku bankowego:

IV. Oświadczenie Przedsiębiorstwa społecznego

1. W stosunku do przedsiębiorstwa społecznego **toczy się / nie toczy się*** postępowanie upadłościowe i **został / nie został*** zgłoszony wniosek o likwidację.
2. **Nie zalegam / Zalegam*** z zapłatą wynagrodzeń pracownikom, należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz innych danin publicznych.
3. Nie posiadam / Posiadam* nieuregulowanych/e zobowiązań(nia) wynikających/e z tytułu umów cywilnoprawnych.
4. Wypłata wynagrodzenia następuje w terminie (*znakiem X proszę zaznaczyć właściwe*):
 W miesiącu za który przysługuje wynagrodzenie
 w miesiącu następnym po miesiącu, za który przysługuje wynagrodzenie
5. **Jestem / Nie jestem*** beneficjentem pomocy – w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej; **beneficjent pomocy** to podmiot prowadzący działalność gospodarczą, w tym podmiot prowadzący działalność w zakresie rolnictwa lub rybołówstwa, bez względu na formę organizacyjną – prawną oraz sposób finansowania.
6. **Otrzymałem / Nie otrzymałem*** pomoc/y de minimis w okresie 3 minionych lat (3 x 365 dni) przed dniem złożenia niniejszego wniosku.
7. **Otrzymałem / Nie otrzymałem*** pomoc/y de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie w okresie 3 minionych lat (3 x 365 dni) przed dniem złożenia niniejszego wniosku.
8. **Otrzymałem / Nie otrzymałem*** pomocy publicznej otrzymanej w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie których ma być przeznaczona pomoc de minimis.
9. **Zobowiązuję się** do niezwłocznego powiadomienia Powiatowego Urzędu Pracy w Chrzanowie, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy zmianie ulegnie stan prawny lub faktyczny wskazany w dniu złożenia wniosku, w tym dotyczący otrzymanej pomocy de minimis z innych źródeł.
10. Oświadczam, że składki nie są finansowane ani refundowane z innych środków publicznych, w tym ze środków PFRON lub budżetu Unii Europejskiej.
11. Zapoznałem się i spełniam warunki określone w art. 21 ust. 1 ustawy z dnia 5 sierpnia 2022 roku o ekonomii społecznej.
12. W okresie 24 miesięcy przed złożeniem wniosku **nie byłem / byłem karany*** za przestępstwa przeciwko obrotowi gospodarczemu.

.....
(podpisy osób reprezentujących przedsiębiorstwo społeczne)

* niepotrzebne skreślić

13. Informacja o stanie zatrudnienia w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy**:

ZATRUDNIENIE W OKRESIE 6 MIESIĘCY POPRZEDZAJĄCYCH ZŁOŻENIE WNIOSKU W PRZELICZENIU NA PEŁNY WYMIAR CZASU PRACY	Miesiąc / rok					

** Ilość osób zatrudniona w niepełnym wymiarze czasu pracy i przy pracach sezonowych stanowi części ułamkowe.

Do zatrudnionych zalicza się: osoby zatrudnione na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę.

Do zatrudnionych nie wlicza się: osób wykonujących pracę nakładczą, pracę na podstawie umowy zlecenia, umowy o dzieło lub innej umowy cywilnoprawnej.

W przypadku zmniejszenia stanu zatrudnienia w okresie ostatnich 6 miesięcy proszę podać przyczyny spadku

.....

14. Stan zatrudnienia na dzień złożenia wniosku w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy wynosi etatu;

.....
 (podpisy osób reprezentujących przedsiębiorstwo społeczne) /

Załączniki do wniosku:

1. Zaświadczenia o pomocy de minimis oraz pomocy de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie, jakie pracodawca/przedsiębiorca otrzymał w okresie 3 minionych lat (3 x 365 dni) przed dniem złożenia niniejszego wniosku albo **oświadczenie o wielkości pomocy de minimis otrzymanej w tym okresie** (dotyczy tylko pracodawców/przedsiębiorców ubiegających się o pomoc de minimis) – załącznik nr 1.
2. **Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis** (dotyczy tylko pracodawców/przedsiębiorców ubiegających się o pomoc de minimis) – załącznik nr 2.
3. **Kserokopia decyzji wojewody nadającej status przedsiębiorstwa społecznego.**
4. **Oferta pracy – w przypadku ubiegania się o wsparcie na nowo zatrudnionego pracownika.**

UWAGA: Oświadczenia winny być podpisane przez umocowanego przedstawiciela lub przedstawicieli wnioskodawcy, upoważnionego do podejmowania zobowiązań w jego imieniu, zgodnie z wpisem o reprezentacji w stosownym dokumencie, uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub udzielonym pełnomocnictwem. Pełnomocnictwo winno być dołączone do wniosku, o ile nie wynika to z innych dokumentów załączonych przez wnioskodawcę.

W przypadku gdy wniosek jest nieprawidłowo wypełniony lub niekompletny, zostanie wyznaczony wnioskodawcy co najmniej 7-dniowy termin na jego uzupełnienie. Wnioski nieuzupełnione we wskazanym terminie pozostawia się bez rozpatrzenia.

* niepotrzebne skreślić

.....
 /pieczęć firmowa Przedsiębiorstwa społecznego/

.....
 /miejscowość, data/

OŚWIADCZENIE PRACODAWCY/PRZEDSIĘBIORCY UBIEGAJĄCEGO SIĘ O POMOC DE MINIMIS

W okresie 3 minionych lat (3 x 365 dni) przed dniem złożenia niniejszego wniosku o udzielenie pomocy publicznej, **otrzymałem/am / nie otrzymałem/am*** pomoc/y de minimis oraz pomoc/y de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie w następującej wielkości:

Lp.	Organ udzielający pomocy	Podstawa prawna jej otrzymania	Dzień/miesiąc/rok udzielenia pomocy	Nr programu pomocowego, decyzji lub umowy	Forma pomocy	Wartość pomocy brutto	
						w PLN	w EURO
RAZEM:							

.....
 podpisy osób reprezentujących przedsiębiorstwo społeczne

* niepotrzebne skreślić

.....
/miejsowość, data/

KLAUZULA INFORMACYJNA

Wypełniając postanowienia określone w art. 13 ust. 1 i 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) informuje się, że:

1. Administratorem Pana(i) danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Chrzanowie, ul. Słowackiego 8, 32-500 Chrzanów, tel: 32/75 33 800, fax: 32/ 75 33 899, email: krch@praca.gov.pl
2. Administrator zgodnie z art. 37 ust. 1 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) wyznaczył inspektora ochrony danych. Inspektorem danych osobowych jest Pani Ewelina Górecka. Kontakt z inspektorem ochrony danych jest możliwy poprzez adres email: egorecka@chrzanow.praca.gov.pl
3. Dane osobowe będą przetwarzane na podstawie ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, w celu organizacji prac interwencyjnych.
4. Dane mogą zostać udostępnione wyłącznie podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa.
5. Dane osobowe będą przechowywane przez okres 10 lat od zamknięcia sprawy.
6. Przysługuje Panu(i) prawo dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania.
7. Przysługuje Panu(i) prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.
8. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Niepodanie danych uniemożliwi realizację celu, o którym mowa w pkt. 3.
9. Pana(i) dane nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.

Zapoznałem(am) się z niniejszą informacją:

.....
podpisy osób reprezentujących przedsiębiorstwo społeczne