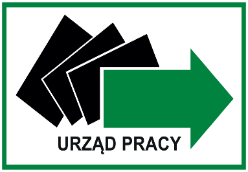
............................................................. data ...............................

(nazwa przedsiębiorstwa społecznego)

****

**Starosta Żniński za pośrednictwem**

**Powiatowego Urzędu Pracy w Żninie**

**Wniosek przedsiębiorstwa społecznego o finansowanie składek**

1. **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 umowy zawartej przez starostę i przedsiębiorstwo społeczne w sprawie finansowania składek na  ubezpieczenia społeczne |  | |

1. **Dane rozliczeniowe**1**):**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. |  | Okres opłacenia składek | Kwota opłaconych składek w ramach refundacji /  Kwota składek podlegająca finansowaniu w ramach zaliczki2) | | | |
| emerytalne | rentowe | chorobowe | wypadkowe |
| 1 | pracownik |  |  |  |  |  |
| 2 | pracodawca |  |  |  |  |  |

Dane osoby, której dotyczy rozliczenie:

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 do3):

bezrobotnych, w szczególności bezrobotnych długotrwale, w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2022 r. poz. 690, 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 (Dz. U. z 2021 r. poz. 1744, z późn. zm.),

osób niepełnosprawnych w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej

i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2021 r. poz. 573, z późn. zm.),

osób, o których 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.),

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 (Dz. U. z 2021 r. poz. 2268, z późn. zm.),

osób uprawnionych do specjalnego zasiłku opiekuńczego, o których mowa w art. 16a ust. 1 ustawy z dnia

28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2022 r. poz. 615, z późn. zm.),

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 (Dz. U. z 2022 r. poz. 447, z późn. zm.) 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 (Dz. U. z 2022 r. poz. 2123),

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 (Dz. U. z 2015 r. poz. 1705);

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 składki nie są finansowane ani refundowane z innych środków publicznych, w tym ze

środków PFRON lub budżetu Unii Europejskiej4).

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

data i podpisy osób reprezentujących przedsiębiorstwo społeczne

* 1. W przypadku większej liczby osób należy dodać kolejne wiersze w tabeli.
  2. Niewłaściwe wykreślić.
  3. Zakreślić właściwe.
  4. W przypadku gdy przedsiębiorstwo społeczne otrzymuje częściowe dofinansowanie z PFRON lub innych środków publicznych, w tym

środków budżetu Unii Europejskiej, konieczne jest złożenie stosownych dokumentów potwierdzających brak podwójnego finansowania.