Żuromin,…………………….

………………………………………….

Pieczęć spółdzielni socjalnej

Starosta żuromiński

za pośrednictwem

Powiatowego Urzędu Pracy

w Żurominie

ul. Lidzbarska 27 A

**WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY O FINANSOWANIE SKŁADEK**

**NA UBEZPIECZENIE SPOŁECZNE OSÓB ZATRUDNIONYCH NA PODSTAWIE SPÓŁDZIELCZEJ UMOWY O PRACĘ**

na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 kwietnia 2006r. o spółdzielniach socjalnych (Dz. U. z 2020r. poz. 2085 ze zmianami) oraz w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 8 czerwca 2018 r. w sprawie wzoru wniosku spółdzielni socjalnej o zwrot opłaconych składek oraz trybu dokonywania ich zwrotu. (Dz. U. z 2018r. poz. 1209)

**I. Dane dotyczące spółdzielni socjalnej:**

1. Nazwa spółdzielni socjalnej, adres siedziby i miejsce prowadzenia działalności: ……………………………………………….………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

NIP ………….…………………………………REGON……….…………………………………………….

KRS……………………………………………………………………………………………………………..

1. Data rozpoczęcia działalności przez spółdzielnię socjalną

…………………………………………………………………………………………………………………..

1. Wysokość składki na ubezpieczenie wypadkowe (%) ……………………………………………………………....................................................................................
2. Liczba członków spółdzielni socjalnej

……..………………………………………………………………………………………………………….......

1. Nazwa banku i nr rachunku bankowego …………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………….

1. Imię, nazwisko i stanowisko osób upoważnionych do podpisania umowy i składania oświadczeń w zakresie praw i obowiązków majątkowych:

….….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

**II. Wnioskowany okres refundacji**

……………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

III. Osoba bezpośrednio współpracująca z Powiatowym Urzędem Pracy

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

Imię i nazwisko

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

Stanowisko

…………………………………………………………………………………………………………………………

Numer telefonu

**IV. Dane członków spółdzielni, których składki podlegać będą zwrotowi:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Adres zamieszkania | PESEL/NIP | Okres, na który został zawarty stosunek pracy między spółdzielnią socjalną, a jej członkiem | Data przystąpienia do spółdzielni socjalnej | Przynależność osoby przed przystąpieniem do spółdzielni socjalnej  Podać  A,B,C,D,E,F,G |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**V. Dane osób nie będących członkami spółdzielni w rozumieniu art.12 ust 1a**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Adres zamieszkania | PESEL/NIP | Okres, na który został zawarty stosunek pracy między spółdzielnią socjalną, a osobą nie będącą członkiem spółdzielni | Data zatrudnienia | Przynależność osoby przed zatrudnieniem socjalnej  Podać  A,B,C,D,E,F,G[[1]](#footnote-1) |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**OŚWIADCZENIE PODMIOTU WNIOSKUJĄCEGO**

Art. 233, § 1 Kodeksu karnego:

1. Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

***Świadomy(a), iż zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy, zgodnie z art.233 kodeksu karnego podlega karze pozbawienia wolności, oświadczam co następuje:***

1. nie toczy się w stosunku do podmiotu postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o likwidację,
2. nie zalegam(y) w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom, należnych składek na ubezpieczenie społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych,
3. nie zalegam (y) w dniu złożenia wniosku z opłacaniem w terminie innych danin publicznych,
4. nie posiadam (y) w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych,
5. podmiot nie ma żadnych zaległych zobowiązań budżetowych,
6. podmiot spełnia warunki, o których mowa w art. 3 ust. 2 rozporządzenia Komisji (WE) Nr 1407/2013 oraz w art. 3, ust. 2 rozporządzenia Komisji (WE) Nr 1408/2013,
7. że dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą.

**……………..…………………………………………….**

(Data i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu)

**Załączniki do wniosku:**

1. Kserokopie spółdzielczych umów o pracę osób objętych wnioskiem, bądź innych umów potwierdzających zatrudnienie w spółdzielni socjalnej.
2. Kopia statutu spółdzielni socjalnej.
3. Aktualny odpis KRS.
4. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis ( załącznik nr 1).
5. Oświadczenie o pomocy de minimis jakie otrzymała spółdzielnia w roku, w którym ubiega się o pomoc, oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat, albo oświadczenia o wielkości pomocy de minimis otrzymanej w tym okresie ( załącznik nr 2 do wniosku ).

……………………………………………… ………………………………………………………

(data) (pieczątka imienna i podpis wnioskodawcy

Załącznik nr 2

**Oświadczenie**

W związku z ubieganiem się o przyznanie pomocy de minimis, wypełniając obowiązek wynikający  
z art. 37 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2021 r. poz. 743 ze zm.) oświadczam, że:

……………………………………………………………..…………………………….……………

(*Nazwa i adres podmiotu ubiegającego się o pomoc, nr NIP*)

w roku bieżącym oraz dwóch poprzednich latach otrzymałem(am)/nie otrzymałem/(am)\*

* pomoc de minimis w łącznej kwocie …………………….……., w tym pomoc de minimis przyznawaną przedsiębiorstwom wykonującym usługi świadczone w ogólnym interesie gospodarczym w łącznej kwocie …………………..……………………………………………….
* pomoc de minimis w rolnictwie w łącznej kwocie …………………………………………….….
* pomoc de minimis w rybołówstwie w łącznej kwocie …………….…………….………………....

W przypadku, gdy w okresie od dnia złożenia niniejszego oświadczenia do dnia zawarcia umowy o finansowanie składek na ubezpieczenie społeczne osób zatrudnionych na podstawie spółdzielczej umowy o pracę uzyskam pomoc de minimis, zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia PUP o wysokości uzyskanej pomocy.

……………………………………………… ………………………………………………………

(data) (pieczątka imienna i podpis wnioskodawcy

1. Przynależność osoby przed przystąpieniem do spółdzielni socjalnej

   osoba bezrobotna w rozumieniu art. 2 ust 1 pkt 2 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy ( tekst jednolity Dz. U. z 2022 r. poz. 690 ze zmianami.)

   1. osoba o której mowa w art. 2 pkt 1a i 1b ustawy z dnia 13 czerwca 2003r. o zatrudnieniu socjalnym ( Dz. U. z 2022, poz. 2241),

   osoba niepełnosprawna w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych ( Dz. U. z 2023 r.poz.100)

   osoby do 30 roku życia oraz po ukończeniu 50 roku życia, posiadające status osoby poszukującej pracy, bez zatrudnienia w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy

   osoby, o których mowa w art. 49 pkt 7 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy

   osoby poszukujące pracy niepozostające w zatrudnieniu lub niewykonujące innej pracy zarobkowej,

   osoby usamodzielnione, 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. 2022 poz. 447 ze zm.) [↑](#footnote-ref-1)