…………………………… (data)

……………………………………………………

(nazwa przedsiębiorstwa społecznego)

**Starosta Powiatu Wadowickiego**

**Wniosek przedsiębiorstwa społecznego o wypłatę refundacji**

1. **Dane 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]](#footnote-1)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. |  | Okres opłacenia składek | Podstawa wymiaru składek | Kwota opłaconych składek w ramach refundacji | | | | Łączna kwota składek |
| 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 do[[2]](#footnote-2):  bezrobotnych, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2023 r. poz. 735, 1429, 1723 i 1737),   * bezrobotnych długotrwale, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy,   poszukujących pracy, o których 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 * niewykonujących 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,   osób niepełnosprawnych w rozumieniu art. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2023 r. poz. 100, z późn. zm.),  absolwentów centrum integracji społecznej oraz absolwentów klubu integracji społecznej, o których mowa w art. 2 pkt 1a i 1b ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym (Dz. U. z 2022 r. poz. 2241),  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 2023 r. poz. 901, 1693, 1938 i 2760),  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 2023 r. poz. 390, 658 i 1429),  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 2023 r. poz. 1426 i 1429)oraz w art. 88 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej,  osób z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w art. 3 pkt 1 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2022 r. poz. 2123 oraz z 2023 r. poz. 1972 ),   * osób pozbawionych wolności, osób opuszczających zakłady karne oraz pełnoletnich osób opuszczających zakłady poprawcze,   osób starszych, o których mowa w art. 4 pkt 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych (Dz. U. poz. 1705),  osób, które uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą. |

1. Należne środki proszę przekazać na rachunek bankowy przedsiębiorstwa społecznego:

Nazwa banku:

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

Numer rachunku bankowego:

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

1. Oświadczam, że składki nie są finansowane ani refundowane z innych środków publicznych, w tym ze środków PFRON lub budżetu Unii Europejskiej[[3]](#footnote-3).
2. Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.
3. W załączeniu: zaświadczenie ZUS o niezaleganiu z opłacaniem składek lub informacja o stanie rozliczeń konta płatnika, listy płac z potwierdzeniem odbioru wynagrodzenia lub przelewem potwierdzającym wypłatę wynagrodzenia na konto pracownika, kopie imiennych raportów miesięcznych o należnych składkach i wypłaconych świadczeniach (ZUS RCA), imienne raporty miesięczne o wypłaconych świadczeniach i przerwach w opłacaniu składek (ZUS P RSA) za osoby objęte wnioskiem, kopie deklaracji rozliczeniowych ZUS DRA oraz dowodów wpłaty należności z tytułu składek ZUS. Kserokopie dokumentów winny być poświadczone za zgodność z oryginałem przez osoby uprawnione do reprezentacji Przedsiębiorstwa społecznego.

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

Data i podpisy osób reprezentujących przedsiębiorstwo społeczne

1. W przypadku większej liczby osób należy dodać kolejne wiersze w tabeli. [↑](#footnote-ref-1)
2. Zakreślić właściwe [↑](#footnote-ref-2)
3. 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. [↑](#footnote-ref-3)