……. ……..

Nazwa spółdzielni socjalnej Miejscowość; data

WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY O REFUNDACJĘ OPŁACONYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE SPOŁECZNE

na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 kwietnia 2006 r. o spółdzielniach socjalnych (Dz. U. z 2023 r. poz. 802) oraz Rozporządzeniu Ministra, Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 11 kwietnia 2023 r. w sprawie wzoru wniosku spółdzielni socjalnej o zwrot opłaconych składek oraz trybu dokonywania ich zwrotu.

I. Dane dotyczące spółdzielni socjalnej:

1. Nazwa spółdzielni socjalnej, adres siedziby

……

……

2. Miejsce prowadzenia działalności:. …….…….

3. NIP ……. REGON ……..…….

KRS ……PKD: ……..

4. Data rozpoczęcia działalności przez spółdzielnię socjalną ……..

5. Wysokość składki na ubezpieczenie wypadkowe (%) .....…….....

6. Liczba członków spółdzielni socjalnej ..... wg stanu na dzień: …..……..

7. Nazwa banku i nr rachunku bankowego

…….....……

…….....

8. Imię, nazwisko i stanowisko osoby (osób) upoważnionej(-ych) do podpisania umowy i składania oświadczeń woli w imieniu spółdzielni socjalnej:

II. Informacje dotyczące finansowania składek

1. Wnioskowany okres refundacji: od ……..…...…..……. do ……...…….

2. Liczba członków spółdzielni, których składki będą podlegać zwrotowi: …….

3. Liczba pracowników spółdzielni, zatrudnionych w oparciu o umowę o pracę, których składki będą podlegać zwrotowi: …….

Lp.	Imię i nazwisko członka spółdzielnia lub zatrudnionego pracownika, których składki będą podlegać zwrotowi	Przynależność osoby przed przystąpieniem do spółdzielni socjalnej(wpisać numer odpowiadający wskazanemu w przypisie statusowi)[1]	Data przystąpienia w charakterze członka lub zatrudnienia pracownika w spółdzielni socjalnej	Okres, na który został zawarty stosunek pracy między spółdzielnią socjalną, a jej członkiem lub pracownikiem	Planowany okres refundacji składek
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

III. Osoba bezpośrednio współpracująca z Powiatowym Urzędem Pracy

Imię i nazwisko .....
Stanowisko ……tel. …….

[1] **1**. Osoba bezrobotna w rozumieniu art. 2 ust 1 pkt 2 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz.U. z 2023 poz. 735 z późn. zm).
2. Osoba o której mowa w art. 1 ust. 2 pkt 1-4, 6,7 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym (Dz. U. z 2022, poz. 2241),
3. Osoba niepełnosprawna w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2023 r. poz. 100 z późn. zm.)
4. 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 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy,
5. Osoby, o których mowa w art. 49 pkt 7 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy,
6. Osoby poszukujące pracy niepozostające w zatrudnieniu lub niewykonujące innej pracy zarobkowej,
7. Osoby usamodzielniane, 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 z późn. zm.).

IV. Załączniki do wniosku:

1. Kserokopie umów o pracę lub spółdzielczych umów o pracę, potwierdzone za zgodność z oryginałem przez osobę upoważnioną.
2. Wyciąg z Krajowego Rejestru Sądowego.
3. Oświadczenie (Załącznik nr 1).
4. Oświadczenie o wielkości otrzymanej pomocy publicznej de minimis (Załącznik nr 2) + kserokopie zaświadczeń o wielkości otrzymanej pomocy de minimis (w przypadku otrzymania pomocy).
5. Formularz informacji przedstawionych przy ubieganiu się o pomoc de minimis.

Świadomy(a), iż zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy, zgodnie z art. 233 Kodeksu karnego podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8 oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.

....

miejscowość, data (pieczątka imienna i podpis wnioskodawcy)

Załącznik nr 1

…… ……

pieczęć firmowa Wnioskodawcy miejscowość i data

OŚWIADCZENIE

Świadoma/y odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych oświadczeń wynikających z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego, zgodnie z którym: „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 m-cy do lat 8”, oświadczam, że:

1. nie zalegam/zalegam*[2] w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych;

2. nie zalegam/zalegam* w dniu złożenia wniosku z opłacaniem innych danin publicznych;
3. nie posiadam/posiadam* w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych;

4. przyjmuje do wiadomości, że Powiatowy Urząd Pracy nie może zrefundować wydatków, na których finansowanie podmiot otrzymał wcześniej środki publiczne;

5. zobowiązuję się do złożenia w dniu podpisania umowy oświadczenia o uzyskanej pomocy publicznej oraz pomocy de minimis, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy z Powiatowym Urzędem Pracy w Brzozowie otrzymam pomoc publiczną lub pomoc de minimis;

6. nie zalegam/zalegam* w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem w terminie składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy oraz Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych.

……

(data) ……

(pieczątka imienna i podpis wnioskodawcy)

Załącznik nr 2

…… ……

pieczęć firmowa Wnioskodawcy miejscowość i data

OŚWIADCZENIE

Świadoma/y odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych oświadczeń wynikających z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego, zgodnie z którym: „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 m-cy do lat 8”, oświadczam, że **w ciągu bieżącego roku podatkowego oraz 2 lat podatkowych poprzedzających złożenie wniosku** o zwrot opłaconych składek na ubezpieczenie społeczne spółdzielnia socjalna:

..…….....

otrzymała/ nie otrzymała* środków stanowiących pomoc publiczną de minimis.

W przypadku otrzymania pomocy publicznej de minimis należy wypełnić poniższe zestawienie oraz dołączyć kopię zaświadczeń o otrzymanej pomocy:

L. p.	Organ udzielający pomocy	Podstawa prawna	Dzień udzielenia pomocy	Wartość pomocy w euro	Nr programu pomocowego, decyzji lub umowy
1.					
2.					
3.					
Razem					

……

(data) ……

(pieczątka imienna i podpis wnioskodawcy)

[2] Niepotrzebne skreślić

Klauzula informacyjna w związku z przetwarzaniem danych osobowych

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (RODO), Powiatowy Urząd Pracy w Brzozowie informuje, że:

1. Administratorem danych osobowych jest Dyrektor Powiatowego Urzędu Pracy w Brzozowie działający z upoważnienia Starosty Brzozowskiego. Dane kontaktowe: ul. Rynek 9, 36-200 Brzozów, tel. 13 43 421 37, e-mail: rzbr@praca.gov.pl

- Dane, w tym dane osobowe przetwarzane są zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. b i e RODO dla celów realizacji zadania publicznego ujętego w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz aktach wykonawczych wydanych na jej podstawie.
- Odbiorcą danych osobowych są podmioty, którym Administrator przekazuje dane osobowe na podstawie przepisów prawa.

- Dane, w tym dane osobowe związane z realizacją form wsparcia dla pracodawców przechowywane są przez okres niezbędny do zakończenia danej formy wsparcia oraz przez okres przechowywania dokumentacji określony w odrębnych przepisach.

- Pracodawcy przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawienia i sprostowania orazw zakresie wynikających z przepisów do usunięcia, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzaniu.

- Pracodawcy przysługuje prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego właściwego do przetwarzania danych osobowych.

2. Dane kontaktowe do Inspektora Ochrony Danych: inspektor@cbi24.pl

……
Data i podpis