**Załącznik Nr 33 do Zarządzenia Nr 1 z 08.01.2024r.**

Załącznik Nr 1 do umowy

...................................................... ………………, data …………………

(nazwa przedsiębiorstwa społecznego)

**Powiatowy Urząd Pracy**

**w Giżycku**

**Wniosek o finansowanie składek na ubezpieczenia społeczne,   
o których mowa w art. 21 ustawy z dnia 5 sierpnia 2022 r. o ekonomii społecznej**

**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 |  | |
| Nr KRS lub numer innej ewidencji lub innego rejestru |  | |
| Data umowy zawartej przez starostę i przedsiębiorstwo społeczne w sprawie finansowania składek pracownika Przedsiębiorstwa społecznego |  | |

**II. Dane rozliczeniowe:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. |  | Okres opłacenia składek | Podstawa wymiaru składek | Kwota opłaconych składek w ramach refundacji | | | | Łączna kwota składek podlegająca finansowaniu |
|  |  | 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 (właściwe zaznaczyć):   * bezrobotnych, w szczególności bezrobotnych długotrwale, w rozumieniu ustawy z dnia  20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, 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 2004r. 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 2004r. o promocji zatrudnienia  i instytucjach rynku pracy, w tym rodziców dzieci z rodzin wielodzietnych w rozumieniu ustawy z dnia 5 grudnia 2014r. o Karcie Dużej Rodziny, * osób niepełnosprawnych w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. 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 2003r. o zatrudnieniu socjalnym, * osób spełniających kryteria, o których mowa w art. 8 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej, * osób uprawnionych do specjalnego zasiłku opiekuńczego, o których mowa w art. 16a  ust. 1 ustawy z dnia 28 listopada 2003r. o świadczeniach rodzinnych, * osób usamodzielnianych, o których mowa w art. 140 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 9 czerwca 2011r.  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 1994r.  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 2015r. o osobach starszych, * osób, które uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą. | | | | | | | | |

**III.** Należne środki proszę przekazać na rachunek bankowy przedsiębiorstwa społecznego:

Nazwa banku albo spółdzielczej kasy oszczędnościowo – kredytowej:

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

Numer rachunku bankowego:...........................................................................................

**IV.** Oświadczam, że składki nie są finansowane ani refundowane z innych środków publicznych, w tym ze środków PFRON lub budżetu Unii Europejskiej1.

**V.** **Załączniki za okres dotyczący finansowania**:

1. Deklaracje ZUS RCA (i ZUS RSA - jeśli dotyczy) za osobę objętą wnioskiem.
2. Deklaracje ZUS DRA.
3. Elektroniczne wydruki przelewów lub kopie wpłat do ZUS.
4. Listy obecności za osobę objętą wnioskiem.

**Wszystkie załączniki należy potwierdzić pieczęcią i podpisem pracodawcy.**

**Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem prawnym   
i faktycznym.**

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

(data i podpis osoby reprezentującej

przedsiębiorstwo społeczne)

1 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.