Rzeszów, dnia…………………….

--------------------------------------------------

/pieczęć firmowa przedsiębiorstwa społecznego/

**Wniosek**

**o zawarcie umowy o refundację opłaconych składek**

**na ubezpieczenie społeczne za pracowników przedsiębiorstwa społecznego będących osobami zagrożonymi wykluczeniem społecznym**

*na zasadach określonych* *w* *ustawie z dnia 5 sierpnia 2022 r. o ekonomii społecznej (Dz.U.
z 2024 r., poz. 113) oraz w Rozporządzeniu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z dnia
26 października 2022 r. w sprawie wzoru wniosku przedsiębiorstwa społecznego
o finansowanie składek oraz trybu ich finansowania (Dz.U. z 2022 r., poz. 2219).*

* **Wnioski o zwrot opłaconych składek na ubezpieczenia społeczne są rozpatrywane tylko w sytuacji, kiedy Urząd dysponuje środkami na ich sfinansowanie.**
* **Wniosek należy wypełnić w sposób czytelny wpisując treść w każdym do tego wyznaczonym punkcie wniosku. Wszelkie poprawki należy dokonywać poprzez skreślenie, zaparafowanie i podanie daty dokonania zmiany.**
* **Uwzględnieniu podlegał będzie jedynie wniosek prawidłowo sporządzony, złożony wraz z kompletem wymaganych dokumentów stanowiących podstawę przyznania refundacji.**
* **Nie należy modyfikować i usuwać elementów wniosku.**
* **Złożony wniosek nie podlega zwrotowi.**
* **Fakt złożenia wniosku nie gwarantuje jego pozytywnego rozpatrzenia.**
* **Od negatywnego rozpatrzenia wniosku odwołanie nie przysługuje.**

**I. DANE WNIOSKODAWCY:**

1. **Nazwa przedsiębiorstwa społecznego:** ……..………………………………….……
2. **Adres siedziby:** …..…...………………………………………………………………….
3. **Adres i miejsce prowadzenia działalności gospodarczej:** ……………………….

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

1. **Forma prawna** …..……………………………………………………………………….
2. **Numer w Krajowym Rejestrze Sądowym lub numer innej ewidencji
lub innego rejestru (z podaniem nazwy tego rejestru):** …..…………………………..

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

1. **Numer identyfikacji podatkowej NIP:** …………………………………………………

**REGON:** ……………………..…………… **PKD:** ……………….……………....................

1. **Data rozpoczęcia działalności gospodarczej przez podmiot ekonomii społecznej:** ..………..…………………………………………………………………..…
2. **Stopa procentowa składki na ubezpieczenie wypadkowe:** .………………………
3. **Nazwa banku i numer rachunku bankowego albo nazwa spółdzielczej kasy oszczędnościowo-kredytowej i numer rachunku w spółdzielczej kasie oszczędnościowo-kredytowej:** ………………………..………...……………………

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

1. **Liczba pracowników** **przedsiębiorstwa społecznego w przeliczeniu na pełny etat na dzień złożenia wniosku: ……………………………………………………...**
2. **Data nabycia statusu przedsiębiorstwa społecznego na mocy decyzji administracyjnej Wojewody o nadaniu statusu Przedsiębiorstwa Społecznego ………………………………………………………………………………**
3. **Imię i nazwisko oraz stanowisko osoby(osób) upoważnionej(-ych) do podpisania umowy i do składania oświadczenia woli w imieniu przedsiębiorstwa społecznego (do wniosku należy dołączyć stosowne upoważnienie w tym do zawarcia Umowy):**

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

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

1. **Telefon, e-mail:**………………………………………………….………………………
2. **Przedsiębiorstwo społeczne otrzymuje częściowe dofinansowanie składek dla osób objętych wnioskiem ze środków z PFRON lub innych środków publicznych, w tym ze środków budżetu Unii Europejskiej** - **\*NIE/\*TAK**

*(\*właściwe zaznaczyć, w przypadku odpowiedzi twierdzącej, w celu pozytywnego rozpatrzenia wniosku konieczne jest złożenie stosownych dokumentów potwierdzających* ***brak podwójnego finansowania****)*

**15. Wypłata wynagrodzenia w przedsiębiorstwie społecznym następuje:**

**\* w miesiącu, za który przysługuje wynagrodzenie**

**\* w miesiącu następnym po miesiącu, za który przysługiwało wynagrodzenie**

*(\*właściwe zaznaczyć)*

**II. INFORMACJE DOTYCZĄCE FINANSOWANIA SKŁADEK:**

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

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

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

(Uwaga! w przypadku różnych okresów refundacji dla poszczególnych pracowników, wymienionych w części nr III wniosku - należy wymienić wszystkie okresy).

1. **Liczba uprawnionych pracowników, których składki będą podlegać zwrotowi: ……………………………………………………………………………….….**

**Oświadczenia Wnioskodawcy:**

Oświadczam, że:

1. Zostałem pouczony, iż finansowanie składek objętych przedmiotowym wnioskiem **dotyczy pracowników** **przedsiębiorstwa społecznego będących osobami zagrożonymi wykluczeniem społecznym** i obejmuje część wynagrodzenia odpowiadająca składce należnej od zatrudnionego na ubezpieczenia emerytalne, rentowe i chorobowe oraz część kosztów osobowych pracodawcy odpowiadająca składce na ubezpieczenia emerytalne, rentowe i wypadkowe za zatrudnionego.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| /miejscowość i data/ | /podpis uprawnionej bądź upoważnionej osoby/ |

Oświadczam, że:

2. Zostałem pouczony, iż Składki mogą podlegać finansowaniu ze środków Funduszu Pracy w pełnej wysokości przez okres 24 miesięcy od dnia zatrudnienia oraz w połowie wysokości przez kolejne 12 miesięcy, do wysokości odpowiadającej wysokości miesięcznej składki, której **podstawą wymiaru jest kwota minimalnego wynagrodzenia za pracę**. Finansowania składek dokonuje Starosta na podstawie wniosku przedsiębiorstwa społecznego na wskazany rachunek bankowy przedsiębiorstwa albo rachunek w spółdzielczej kasie oszczędnościowo-kredytowej.

3. Zostałem pouczony, iż w przypadku gdy stosunek pracy między przedsiębiorstwem społecznym a jego pracownikiem będącym osobą zagrożoną wykluczeniem społecznym ustanie przed upływem okresu finansowania składek ze środków Funduszu Pracy, **finansowanie składek jest dokonywane do dnia ustania tego stosunku pracy**.

4. **Zostałem pouczony, że w przypadku gdy przedsiębiorstwo społeczne otrzymuje częściowe dofinansowanie z PFRON lub innych środków publicznych, w tym ze środków budżetu Unii Europejskiej, konieczne jest złożenie stosownych dokumentów potwierdzających brak podwójnego finansowania.**

5. Zostałem pouczony o obowiązku natychmiastowego poinformowania Powiatowego Urzędu Pracy w Rzeszowie o wydaniu przez Wojewodę decyzji administracyjnej o utracie statusu przedsiębiorstwa społecznego.

6. Zostałem pouczony **o obowiązku przedłożenia** po udzieleniu wnioskowanego instrumentu wsparcia **Indywidualnego Planu Reintegracyjnego** dla każdej zatrudnionej osoby zagrożonej wykluczeniem społecznym, do której został udzielony wnioskowany instrument wsparcia i zobowiązuję się do realizacji indywidualnych planów reintegracyjnych przez okres nie krótszy niż okres, na jaki został udzielony wnioskowany instrument, zgodnie z obowiązkiem wynikającym z art. 6 ustawy z dnia 5 sierpnia 2022 r. o ekonomii społecznej.

7. Zostałem pouczony, iż wnioski o finansowanie składek są rozpatrywane tylko w sytuacji, kiedy Urząd dysponuje środkami na ich sfinansowanie.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| /miejscowość i data/ | /podpis uprawnionej bądź upoważnionej osoby/ |

**III. DANE UPRAWNIONYCH PRACOWNIKÓW PRZEDSIĘBIORSTWA SPOŁECZNEGO BĘDĄCYCH OSOBAMI ZAGROŻONYMI WYKLUCZENIEM SPOŁECZNYM, KTÓRYCH SKŁADKI NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE PODLEGAĆ BĘDĄ ZWROTOWI:**

UPRAWNIONY PRACOWNIK - nr 1

1. Imię i nazwisko: ……….………………………………………………………………….
2. PESEL: …………………………………………………………………………………….
3. Okres, na który został zawarty stosunek pracy między przedsiębiorstwem społecznym a pracownikiem będącym osobą zagrożoną wykluczeniem społecznym ..............................................................................................................
4. Data rozpoczęcia zatrudnienia (data pierwszego zatrudnienia) pracownika w przedsiębiorstwie społecznym: …………………………………………………….........
5. Przynależność osoby bezpośrednio przed zatrudnieniem w przedsiębiorstwie społecznym do *(właściwe zaznaczyć - wskazanie grupy osób zagrożonych wykluczeniem społecznym, do której ta osoba należy)*:

☐ osoba bezrobotna, o której 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 2024 r. poz. 475),

☐ osoba bezrobotna długotrwale, o której mowa w art. 2 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy,

☐ osoba poszukująca pracy, o której 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

– niewykonującego 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,

☐ osoba niepełnosprawna w rozumieniu art. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,

☐ absolwent centrum integracji społecznej oraz absolwent klubu integracji społecznej, o których mowa w art. 2 pkt 1a i 1b ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym,

☐ osoba spełniająca 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),

☐ osoba uprawniona do specjalnego zasiłku opiekuńczego, o której mowa w art. 16a ust. 1 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2024 r., poz. 323),

☐ osoba usamodzielniana, o której 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 i 1700) oraz art. 88 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej,

☐ osoba z zaburzeniami psychicznymi, o której 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),

☐ osoba pozbawiona wolności, osoba opuszczająca zakład karny oraz pełnoletnia osoba opuszczająca zakład poprawczy,

☐ osoba starsza, o której mowa w art. 4 pkt 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych (Dz. U. poz. 1705),

☐ osoba, która uzyskała w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą;

1. Wymiar czasu pracy: …………………………………………………………...…….
2. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne: …………………….…
3. Wysokość składki:

- emerytalnej: …………………………………………………………………………………

- rentowej: …………………………………………………………………………………….

- chorobowej: …………………………………………………………………………………

- wypadkowej: …………………………………………………………………………..........

UPRAWNIONY PRACOWNIK - nr 2

1. Imię i nazwisko: ……….………………………………………………………………….
2. PESEL: …………………………………………………………………………………….
3. Okres, na który został zawarty stosunek pracy między przedsiębiorstwem społecznym a pracownikiem będącym osobą zagrożoną wykluczeniem społecznym ..............................................................................................................
4. Data rozpoczęcia zatrudnienia (data pierwszego zatrudnienia) pracownika w przedsiębiorstwie społecznym: …………………………………………………….........
5. Przynależność osoby bezpośrednio przed zatrudnieniem w przedsiębiorstwie społecznym do *(właściwe zaznaczyć - wskazanie grupy osób zagrożonych wykluczeniem społecznym, do której ta osoba należy)*:

☐ osoba bezrobotna, o której 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 2024 r. poz. 475),

☐ osoba bezrobotna długotrwale, o której mowa w art. 2 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy,

☐ osoba poszukująca pracy, o której 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

– niewykonującego 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,

☐ osoba niepełnosprawna w rozumieniu art. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,

☐ absolwent centrum integracji społecznej oraz absolwent klubu integracji społecznej, o których mowa w art. 2 pkt 1a i 1b ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym,

☐ osoba spełniająca 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),

☐ osoba uprawniona do specjalnego zasiłku opiekuńczego, o której mowa w art. 16a ust. 1 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2024 r., poz. 323),

☐ osoba usamodzielniana, o której 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 i 1700) oraz art. 88 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej,

☐ osoba z zaburzeniami psychicznymi, o której 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),

☐ osoba pozbawiona wolności, osoba opuszczająca zakład karny oraz pełnoletnia osoba opuszczająca zakład poprawczy,

☐ osoba starsza, o której mowa w art. 4 pkt 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych (Dz. U. poz. 1705),

☐ osoba, która uzyskała w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą;

1. Wymiar czasu pracy: …………………………………………………………...…….
2. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne: …………………….…
3. Wysokość składki:

- emerytalnej: …………………………………………………………………………………

- rentowej: …………………………………………………………………………………….

- chorobowej: …………………………………………………………………………………

- wypadkowej: …………………………………………………………………………..........

UPRAWNIONY PRACOWNIK - nr 3

1. Imię i nazwisko: ……….………………………………………………………………….
2. PESEL: …………………………………………………………………………………….
3. Okres, na który został zawarty stosunek pracy między przedsiębiorstwem społecznym a pracownikiem będącym osobą zagrożoną wykluczeniem społecznym ..............................................................................................................
4. Data rozpoczęcia zatrudnienia (data pierwszego zatrudnienia) pracownika w przedsiębiorstwie społecznym:…………………………………....................................
5. Przynależność osoby bezpośrednio przed zatrudnieniem w przedsiębiorstwie społecznym do *(właściwe zaznaczyć - wskazanie grupy osób zagrożonych wykluczeniem społecznym, do której ta osoba należy)*:

☐ osoba bezrobotna, o której 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 2024 r. poz. 475),

☐ osoba bezrobotna długotrwale, o której mowa w art. 2 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy,

☐ osoba poszukująca pracy, o której 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

– niewykonującego 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,

☐ osoba niepełnosprawna w rozumieniu art. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,

☐ absolwent centrum integracji społecznej oraz absolwent klubu integracji społecznej, o których mowa w art. 2 pkt 1a i 1b ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym,

☐ osoba spełniająca 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),

☐ osoba uprawniona do specjalnego zasiłku opiekuńczego, o której mowa w art. 16a ust. 1 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2024 r., poz. 323),

☐ osoba usamodzielniana, o której 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 i 1700) oraz art. 88 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej,

☐ osoba z zaburzeniami psychicznymi, o której 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),

☐ osoba pozbawiona wolności, osoba opuszczająca zakład karny oraz pełnoletnia osoba opuszczająca zakład poprawczy,

☐ osoba starsza, o której mowa w art. 4 pkt 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych (Dz. U. poz. 1705),

☐ osoba, która uzyskała w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą;

1. Wymiar czasu pracy: …………………………………………………………...…….
2. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne: …………………….…
3. Wysokość składki:

- emerytalnej: …………………………………………………………………………………

- rentowej: …………………………………………………………………………………….

- chorobowej: …………………………………………………………………………………

- wypadkowej: …………………………………………………………………………..........

UPRAWNIONY PRACOWNIK - nr 4

1. Imię i nazwisko: ……….………………………………………………………………….
2. PESEL: …………………………………………………………………………………….
3. Okres, na który został zawarty stosunek pracy między przedsiębiorstwem społecznym a pracownikiem będącym osobą zagrożoną wykluczeniem społecznym ..............................................................................................................
4. Data rozpoczęcia zatrudnienia (data pierwszego zatrudnienia) pracownika w przedsiębiorstwie społecznym: ..………………………………....................................
5. Przynależność osoby bezpośrednio przed zatrudnieniem w przedsiębiorstwie społecznym do *(właściwe zaznaczyć - wskazanie grupy osób zagrożonych wykluczeniem społecznym, do której ta osoba należy)*:

☐ osoba bezrobotna, o której 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 2024 r. poz. 475),

☐ osoba bezrobotna długotrwale, o której mowa w art. 2 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy,

☐ osoba poszukująca pracy, o której 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

– niewykonującego 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,

☐ osoba niepełnosprawna w rozumieniu art. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,

☐ absolwent centrum integracji społecznej oraz absolwent klubu integracji społecznej, o których mowa w art. 2 pkt 1a i 1b ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym,

☐ osoba spełniająca 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),

☐ osoba uprawniona do specjalnego zasiłku opiekuńczego, o której mowa w art. 16a ust. 1 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2024 r., poz. 323),

☐ osoba usamodzielniana, o której 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 i 1700) oraz art. 88 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej,

☐ osoba z zaburzeniami psychicznymi, o której 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),

☐ osoba pozbawiona wolności, osoba opuszczająca zakład karny oraz pełnoletnia osoba opuszczająca zakład poprawczy,

☐ osoba starsza, o której mowa w art. 4 pkt 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych (Dz. U. poz. 1705),

☐ osoba, która uzyskała w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą;

1. Wymiar czasu pracy: …………………………………………………………...…….
2. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne: …………………….…
3. Wysokość składki:

- emerytalnej: …………………………………………………………………………………

- rentowej: …………………………………………………………………………………….

- chorobowej: …………………………………………………………………………………

- wypadkowej: …………………………………………………………………………..........

UPRAWNIONY PRACOWNIK - nr 5

1. Imię i nazwisko: ……….………………………………………………………………….
2. PESEL: …………………………………………………………………………………….
3. Okres, na który został zawarty stosunek pracy między przedsiębiorstwem społecznym a pracownikiem będącym osobą zagrożoną wykluczeniem społecznym ..............................................................................................................
4. Data rozpoczęcia zatrudnienia (data pierwszego zatrudnienia) pracownika w przedsiębiorstwie społecznym: …………..……………………....................................
5. Przynależność osoby bezpośrednio przed zatrudnieniem w przedsiębiorstwie społecznym do *(właściwe zaznaczyć - wskazanie grupy osób zagrożonych wykluczeniem społecznym, do której ta osoba należy)*:

☐ osoba bezrobotna, o której 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 2024 r. poz. 475),

☐ osoba bezrobotna długotrwale, o której mowa w art. 2 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy,

☐ osoba poszukująca pracy, o której 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

– niewykonującego 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,

☐ osoba niepełnosprawna w rozumieniu art. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,

☐ absolwent centrum integracji społecznej oraz absolwent klubu integracji społecznej, o których mowa w art. 2 pkt 1a i 1b ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym,

☐ osoba spełniająca 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),

☐ osoba uprawniona do specjalnego zasiłku opiekuńczego, o której mowa w art. 16a ust. 1 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2024 r., poz. 323),

☐ osoba usamodzielniana, o której 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 i 1700) oraz art. 88 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej,

☐ osoba z zaburzeniami psychicznymi, o której 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),

☐ osoba pozbawiona wolności, osoba opuszczająca zakład karny oraz pełnoletnia osoba opuszczająca zakład poprawczy,

☐ osoba starsza, o której mowa w art. 4 pkt 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych (Dz. U. poz. 1705),

☐ osoba, która uzyskała w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą;

1. Wymiar czasu pracy: …………………………………………………………...…….
2. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne: …………………….…
3. Wysokość składki:

- emerytalnej: …………………………………………………………………………………

- rentowej: …………………………………………………………………………………….

- chorobowej: …………………………………………………………………………………

- wypadkowej: …………………………………………………………………………..........

**Wiarygodność informacji podanych we wniosku i załączonych do niego dokumentach stwierdzam/y własnoręcznym podpisem.**

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| /miejscowość i data/ | /podpis uprawnionej bądź upoważnionej osoby/ |

**IV. Wymagane obligatoryjne załączniki do wniosku:**

1. Oświadczenie, że składki nie są finansowane ani refundowane z innych środków publicznych, w tym ze środków PFRON lub z budżetu Unii Europejskiej.

W przypadku gdy przedsiębiorstwo społeczne otrzymuje częściowe dofinansowanie z PFRON lub innych środków publicznych, w tym ze środków budżetu Unii Europejskiej, konieczne jest złożenie stosownych dokumentów potwierdzających brak podwójnego finansowania;

1. Dokumenty potwierdzające formę prawną Wnioskodawcy – np. wydruk z KRS lub innej ewidencji/rejestru (ważne przez okres 3 m-cy od daty wydania lub aktualizacji);
2. Kserokopia umowy lub statutu przedsiębiorstwa społecznego lub innego dokumentu potwierdzającego status prawny podmiotu;
3. Kserokopie umów o pracę zawartych z pracownikiem będącym osobą zagrożoną wykluczeniem społecznym (tj. kserokopie umów o pracę osób zatrudnionych
w przedsiębiorstwie społecznym objętych niniejszym wnioskiem);
4. Dokumenty potwierdzające przynależność osób objętych wnioskiem do grona osób zagrożonych wykluczeniem społecznym, bezpośrednio przed zatrudnieniem w przedsiębiorstwie społecznym.
5. Potwierdzenie posiadania statusu przedsiębiorstwa społecznego (decyzja administracyjna Wojewody o nadaniu statusu Przedsiębiorstwa Społecznego);
6. Oświadczenie wnioskodawcy – Załącznik nr 1;
7. Oświadczenie wnioskodawcy o otrzymanej pomocy de minimis (informacje o pomocy de minimis otrzymanej w okresie 3 minionych lat poprzedzających dzień złożenia wniosku) zgodnie z art. 37 i art. 39 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (t.j. Dz.U. z 2023 r., poz. 702 ze zm.). *–* Załącznik nr 2;
8. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis
w oparciu o rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 29 marca 2010 r. w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis (Dz. U. z 2024 r., poz. 40);
9. Zaświadczenie o niezaleganiu w opłacaniu składek (na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Fundusz Emerytur Pomostowych) wydawane przez ZUS oraz zaświadczenie o niezaleganiu w podatkach wydane przez Naczelnik Urzędu Skarbowego, aktualne na dzień złożenia wniosku (*zaświadczenia są ważne 30 dni od daty ich wystawienia*);
10. Pełnomocnictwo do złożenia wniosku/zawarcia umowy/składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy.

**UWAGA: Wszystkie kserokopie wymaganych załączników muszą być poświadczone za zgodność z oryginałem przez Wnioskodawcę w następujący sposób: za zgodność z oryginałem, data, czytelny podpis składającego wniosek.**

**Wiarygodność informacji podanych we wniosku i załączonych do niego dokumentach stwierdzam/y własnoręcznym podpisem.**

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| /miejscowość i data/ | /podpis uprawnionej bądź upoważnionej osoby/ |

**Klauzula informacyjna**

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679z dnia 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 (Dz.U.UE.L.2016.119.1 z dnia 2016.05.04) zwanego dalej RODO oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U.2018.1000), informuję, że:

1. Administratorem danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Rzeszowie z siedzibą w Rzeszowie ul. Partyzantów 1a, 35-242 Rzeszów, reprezentowany przez Dyrektora, dane kontaktowe: tel. 801 002 124 (obsługa połączeń przychodzących z sieci stacjonarnych), lub 459 595 060 (obsługa połączeń przychodzących z sieci komórkowych), e-mail pup@pup.rzeszow.pl.
2. Dane kontaktowe inspektora ochrony danych w Powiatowym Urzędzie Pracy
w Rzeszowie: adres e-mail: iod@pup.rzeszow.pl lub adres siedziby wskazany w ust. 1;
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c, lit. b i lit. e RODO, ustawy z dnia 5 sierpnia 2022 r. o ekonomii społecznej (Dz.U. z 2024 r., poz. 113) oraz Rozporządzenia Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z dnia 26 października 2022 r. w sprawie wzoru wniosku przedsiębiorstwa społecznego o finansowanie składek oraz trybu ich finansowania (Dz.U. z 2022 r., poz. 2219).,
ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny, w celu zawarcia i realizacji umowy
o refundację opłaconych składek na ubezpieczenie społeczne, dochodzenia roszczeń.

Przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego
na administratorze, do wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, w ramach wykonywania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi.

1. Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępnione z mocy prawa instytucjom publicznym, podmiotom obsługującym wypłatę świadczeń (bank), operatorom pocztowym oraz podmiotom, które przetwarzają dane osobowe na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych (dostawcy usług informatycznych - Sygnity S.A.).
2. Pani/Pana dane osobowe są przetwarzane na podstawie przepisów prawa przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania wskazanych w pkt3 i będą przechowywane przez okres archiwizacji nie krótszy niż 5 lat od zakończenia sprawy, określony w jednolitym rzeczowym wykazie akt urzędu. W przypadku prowadzenia postępowań sądowych czas przechowywania danych może ulec wydłużeniu na czas trwającego postępowania bądź dłuższy, w zależności od obowiązków nałożonych przez przepisy prawa;
3. W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do swoich danych (art. 15 RODO ), ich sprostowania (art. 16 RODO), ograniczenia przetwarzania danych (art. 18 RODO). Zgodnie z art. 17 ust. 3 lit. b  RODO osobie, której dane dotyczą nie przysługuje prawo usunięcia danych. Zgodnie z art. 20 i 21 RODO osobie, której dane dotyczą nie przysługuje prawo do przenoszenia danych oraz sprzeciwu wobec przetwarzania danych. Pozytywne rozpatrzenie przysługujących praw musi być zgodne z przepisami prawa, na podstawie których odbywa się przetwarzanie. Aby skorzystać z powyższych uprawnień należy przesłać stosowne pismo na adres: Powiatowy Urząd Pracy w Rzeszowie ul. Partyzantów 1a, 35-242 Rzeszów.
4. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych wynika z przepisów prawa i jest ono warunkiem przyznania refundacji opłaconych składek na ubezpieczenie społeczne.
5. Przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi w do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa) w zakresie nieuprawnionego przetwarzania danych osobowych.
6. Pani/Pana dane nie będą przekazane odbiorcy w państwie trzecim lub organizacji międzynarodowej.
7. Pana/Pani dane nie będą poddane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji (w tym profilowaniu, o którym mowa w art. 22 ust. 1 i 4 RODO).

**Załącznik nr 1 do wniosku o zawarcie umowy o zwrot opłaconych składek na ubezpieczenie społeczne.**

**OŚWIADCZENIE PRZEDSIĘBIORSTWA SPOŁECZNEGO**

 Oświadczam, że:

1. **jestem / nie jestem\*** przedsiębiorstwem społecznym w rozumieniu ustawy z dnia 5 sierpnia 2022 r. o ekonomii społecznej;
2. **znajduję się / nie znajduję się\*** w trudnej sytuacji ekonomicznej;
3. **jestem / nie jestem\*** beneficjentem pomocy[[1]](#footnote-1) w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (t.j. Dz.U. z 2023 r., poz. 702 ze zm.);
4. **prowadzę / nie prowadzę\*** działalność gospodarczą w rozumieniu przepisów prawa wspólnotowego[[2]](#footnote-2);
5. **zatrudniam / nie zatrudniam\*** co najmniej jednego pracownika (zatrudnienie oznacza wykonywanie pracy na podstawie stosunku pracy, stosunku służbowy oraz umowy o pracę nakładczą);
6. **posiadam / nie posiadam\*** w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych;
7. **korzystam / nie korzystam\*** z finansowania/refundacji składek ZUS z innych środków publicznych, w tym ze środków PFRON lub budżetu Unii Europejskiej na osoby wskazane we wniosku o zawarcie umowy o refundację;
8. **zalegam / nie zalegam\*** z opłacaniem w dniu złożenia wniosku:

a) wynagrodzeń pracownikom;

b) należnych składek na ubezpieczenie społeczne;

c) należnych składek na ubezpieczenie zdrowotne;

d) należnych składek na Fundusz Pracy i Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych;

e) innych danin publicznych;

1. w okresie 365 dni przed dniem złożenia niniejszego wniosku **zostałam/em / nie zostałam/em\*** ukarany lub skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy oraz **jestem / nie jestem\*** objęta/y postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy;
2. **prowadzę / nie prowadzę\*** działalność w zakresie podstawowej produkcji produktów rolnych (zgodnie z Rozporządzeniem Komisji (UE) 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. U. UE L 2023.2831 z 15.12.2023), (w przypadku prowadzenia działalności w powyższym zakresie należy załączyć informację, czy zapewniona jest rozdzielność rachunkowa z pozostałym rodzajem prowadzonej działalności gospodarczej i w jaki sposób);
3. **prowadzę / nie prowadzę\*** działalność w zakresie produkcji, przetwórstwa, wprowadzania do obrotu produktów rybołówstwa i akwakultury (zgodnie z Rozporządzeniem Komisji (UE) Nr 717/2014 z dnia 27 czerwca 2014 r.
w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury (Dz. Urz. UE L 190 z 28.06.2014), (w przypadku prowadzenia działalności
w powyższym zakresie należy załączyć informację, czy zapewniona jest rozdzielność rachunkowa z pozostałym rodzajem prowadzonej działalności gospodarczej i w jaki sposób);
4. **otrzymałem / nie otrzymałem\*** w ciągu minionych trzech lat, od dnia złożenia wniosku, pomoc(y) de minimis;
5. **otrzymałem / nie otrzymałem\*** w ciągu minionych trzech lat, od dnia złożenia wniosku, pomoc(y) de minimis w rolnictwie;
6. **otrzymałem / nie otrzymałem\*** w ciągu minionych trzech lat, od dnia złożenia wniosku, pomoc(y) de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury;
7. **otrzymałem / nie otrzymałem\*** pomoc(y) publiczną(ej) w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą na pokrycie których ma być przeznaczona pomoc de minimis lub pomoc de minimis w rolnictwie lub pomoc de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury;
8. **otrzymałem / nie otrzymałem\*** pomoc(y) publiczną(ej) dla tego samego środka finansowania ryzyka, która kumuluje się z pomoc de minimis lub pomocą de minimis w rolnictwie lub pomocą de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury;
9. **ciąży / nie ciąży\*** na mnie obowiązek zwrotu pomocy wynikający z decyzji Komisji Europejskiej uznającej pomoc za niezgodną z prawem;
10. znana jest mi treść oraz spełniam warunki określone w:
	* 1. ustawie z dnia 5 sierpnia 2022 r. o ekonomii społecznej (Dz.U. z 2024 r., poz. 113);
		2. Rozporządzeniu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z dnia 26 października 2022 r. w sprawie wzoru wniosku przedsiębiorstwa społecznego o finansowanie składek oraz trybu ich finansowania (Dz.U. z 2022 r., poz. 2219);
		3. rozporządzeniu Komisji (UE) 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. U. UE L 2023.2831 z 15.12.2023);
		4. rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym (Dz. Urz. UE L 352
		z 24.12.2013, str. 9);
		5. rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 717/2014 z dnia 27 czerwca 2014 r.
		w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury (Dz. Urz. UE L 190 z 28.06.2014);
11. zobowiązuję się do złożenia w dniu podpisania umowy o zwrot opłaconych składek dodatkowych dokumentów i oświadczeń dotyczących pomocy publicznej lub pomocy de minimis ewentualnie uzyskanej w czasie pomiędzy złożeniem niniejszego wniosku a zawarciem umowy;
12. zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia PUP w Rzeszowie jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku o zawarcie umowy o zwrot opłaconych składek na ubezpieczenie społeczne do dnia podpisania przedmiotowej umowy zmianie ulegnie stan faktyczny lub prawny wskazany we wniosku,
w tym zwłaszcza nastąpi utrata statusu przedsiębiorstwa społecznego lub rozwiązanie stosunku pracy z pracownikiem objętym wnioskiem.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| /miejscowość i data/ | /podpis uprawnionej bądź upoważnionej osoby/ |

**Załącznik nr 2 do wniosku o zawarcie umowy o zwrot opłaconych składek na ubezpieczenie społeczne.**

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY O OTRZYMANEJ POMOCY DE MINIMIS**

(informacje o pomocy *de minimis* otrzymanej w okresie 3 minionych lat poprzedzających dzień złożenia wniosku)

Ja \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

/imię, nazwisko i stanowisko osoby reprezentującej wnioskodawcę/

Reprezentujący \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

/nazwa i siedziba wnioskodawcy/

Oświadczam, że w **ciągu minionych trzech lat** przed złożeniem wniosku:\*

**☐ nie otrzymałem**

**☐ otrzymałem pomoc de minimis w następującej wysokości:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Organ udzielający****pomocy** | **Podstawa prawna otrzymanej pomocy** | **Data udzielenia pomocy** | **Nr programu pomocowego decyzji lub umowy** | **Forma pomocy** | **Wartość pomocy brutto** |
| **PLN** | **EUR** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Razem *pomoc de minimis*** |  |  |

Oświadczam, że:\*

**☐ nie otrzymałem**

**☐ otrzymałem**

pomoc ze środków publicznych, w tym ze środków z budżetu Unii Europejskiej, udzielonej w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikowanych, na pokrycie których ma być przeznaczona pomoc de minimis.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| /miejscowość i data/ | /podpis uprawnionej bądź upoważnionej osoby/ |

\* zaznaczyć właściwą pozycję znakiem X

**Adnotacje Powiatowego Urzędu Pracy w Rzeszowie:**

Informacja na temat dotychczasowej współpracy Przedsiębiorstwa społecznego
z Powiatowym Urzędem Pracy w Rzeszowie w okresie ostatnich 24 miesięcy / inne:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Stanowisko Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy w Rzeszowie:**

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody na zawarcie umowy o zwrot opłaconych składek na

ubezpieczenia społeczne dla \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ osoby/osób na okres \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

miesięcy / zgodnie ze złożonym wnioskiem.

Inne uwagi …………………………………………………………………………………………..

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(podpis)*

1. Beneficjentem pomocy - jest podmiot prowadzący działalność gospodarczą, w tym podmiot prowadzący działalność w zakresie rolnictwa lub rybołówstwa, bez względu na formę organizacyjno - prawną oraz sposób finansowania, który otrzymał pomoc publiczną. [↑](#footnote-ref-1)
2. Za działalności gospodarczą w rozumieniu prawa wspólnotowego uznaje się oferowanie dóbr i usług na rynku. W prawie wspólnotowym pojęcie przedsiębiorcy odnosi się do wszystkich podmiotów prowadzących działalność gospodarczą bez względu na formę prawą i sposób finansowania. Niezależnie od faktu, czy przepisy krajowe przyznają danemu podmiotowi status przedsiębiorcy oraz bez względu na fakt, czy jest to podmiot nastawiony na zysk czy działający na zasadzie non profit.

**\* niepotrzebne skreślić**  [↑](#footnote-ref-2)