

POWIATOWY URZĄD PRACY W PABIANICACH

ul. Waryńskiego 11, 95 – 200 Pabianice, tel. 42 22-54-200, fax. 42 215-23-00

www.pabianice.praca.gov.pl email: lopa@praca.gov.pl

Prot. Nr. Poz.....

z dnia

.....
(data wpływu wniosku do PUP)

WNIOSEK nr/2025

o sfinansowanie z Funduszu Pracy części wynagrodzenia i części kosztów osobowych pracodawcy za zagrożonego wykluczeniem społecznym pracownika w przedsiębiorstwie społecznym

na zasadach określonych w art. 21 ust. 1 ustawy z dnia 5 sierpnia 2022 r. o ekonomii społecznej

I. DANE DOTYCZĄCE PRZEDSIĘBIORSTWA SPOŁECZNEGO

Pełna nazwa Wnioskodawcy, adres siedziby i miejsce prowadzenia działalności:		
Numer telefonu..... E-mail		
Numer NIP:	Numer REGON:	Numer PKD:
Forma organizacyjno - prawna prowadzonej działalności:		
Data rozpoczęcia działalności:		
KRS lub numer innej ewidencji lub innego rejestru:		
Przedmiot działalności przedsiębiorstwa społecznego:		
Liczba zatrudnionych pracowników ogółem:		
Liczba zatrudnionych pracowników w przeliczeniu na pełny etat:		
Stopa procentowa składki na ubezpieczenie wypadkowe:		
Numer rachunku bankowego Pracodawcy:		
.....-.....-.....-.....-.....-.....-.....-.....-.....-.....		
Wypłata wynagrodzenia u Pracodawcy następuje (zaznaczyć odpowiednio)		
<input type="checkbox"/> w miesiącu, za który przysługuje wynagrodzenie		
<input type="checkbox"/> w miesiącu następnym po miesiącu, za który przysługuje wynagrodzenie		

II. DANE DOTYCZĄCE PRACOWNIKA PRZEDSIĘBIORSTWA SPOŁECZNEGO, KTÓREGO DOTYCZY REFUNDACJA

1. Wnioskuje o refundację:
 - a) części wynagrodzenia w wysokości odpowiadającej składce należnej od zatrudnionego pracownika na ubezpieczenia emerytalne, rentowe i chorobowe oraz
 - b) części kosztów osobowych pracodawcy odpowiadających składce na ubezpieczenia emerytalne, rentowe i wypadkowe za zatrudnionego pracownika, zwane dalej składkami z tytułu zatrudnienia pracownika zagrożonego wykluczeniem społecznym.
2. Dane pracownika (imię i nazwisko)
.....
3. Okres na który została zawarta umowa o pracę między przedsiębiorstwem społecznym, a pracownikiem oddo
wymiar czasu pracy:.....
4. Pracownik przed zatrudnieniem u wnioskodawcy należał do osób zagrożonych wykluczeniem społecznym (zaznaczyć właściwe):
 - bezrobotnych,
 - bezrobotnych długotrwale,
 - posiadających status poszukujących pracy bez zatrudnienia w wieku do 30. roku życia,
 - posiadających status poszukujących pracy bez zatrudnienia po ukończeniu 50. roku życia,
 - posiadających status poszukujących pracy bez zatrudnienia i niewykonujących innej pracy zarobkowej - w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, życia, bez zatrudnienia w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy,
 - osób niepełnosprawnych w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. 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 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym,
 - 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,
 - osób uprawnionych do specjalnego zasiłku opiekuńczego, o których mowa w art. 16a ust. 1 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych,
 - 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 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 1994 r. 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 2015 r. o osobach starszych,
 - osób, które uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą.

5. Wnioskowany **okres refundacji** od dnia do dnia.....
(wpisać datę zatrudnienia, nie wcześniej niż datę decyzji wojewody) (na okres maksymalnie do 36 miesięcy)
6. Miesięczna kwota refundacji: zł.
..... zł.

Data, podpis i pieczętka Wnioskodawcy

Do wniosku należy dołączyć:

1. W przypadku, jeżeli przedsiębiorstwo społecznie nie jest wpisane do Krajowego Rejestru Sądowego - dokument potwierdzający status prawny wskazanego we wniosku pracodawcy;
2. Decyzję wojewody nadającej status przedsiębiorstwa społecznego z zaznaczeniem, że jest ostateczna – do wglądu;
3. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc *de minimis* (wypełniają pracodawcy będący beneficjentami pomocy publicznej).
4. Oświadczenie o otrzymanej pomocy *de minimis* w roku, w którym wnioskodawca ubiega się o pomoc oraz w ciągu dwóch poprzedzających go lat podatkowych (wypełniają pracodawcy będący beneficjentami pomocy publicznej).

Złożenie wniosku niekompletnego lub wypełnionego nieczytelnie wydłuży termin jego rozpatrzenia. Kserokopie dokumentów muszą być poświadczone za zgodność z oryginałem

OŚWIADCZENIE PRACODAWCY

1. **nie zalegam/ zalegam*** z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem w terminie składek na ubezpieczenie społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych i innych danin publicznych;
2. **nie posiadam/ posiadam*** w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych;
3. **nie toczy się/ toczy się*** w stosunku do Wnioskodawcy postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o likwidację;
4. **nie posiadam/ posiadam*** innych zaległości podatkowych;
5. **nie byłem/ byłem,*** w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku karany(a) za przestępstwa przeciwko obrotowi gospodarczemu, w rozumieniu ustawy z dnia 06.06.1997 r. – Kodeks karny lub ustawy z dnia 28.10.2002 r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary;
6. **jestem/ nie jestem*** beneficjentem lub potencjalnym beneficjentem pomocy publicznej
** w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej;
7. **nie otrzymałem/ otrzymałem/ nie dotyczy*** pomoc publiczną na przedsięwzięcie, na którego realizację wnioskuję;
8. **nie spełniam/ spełniam/ nie dotyczy*** warunki rozporządzenia Komisji (UE) nr 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o

funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis;

9. **nie spełniam/ spełniam/ nie dotyczy*** warunki rozporządzenia Komisji (UE) nr 1408/2013 z dnia 18.12.2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym;
10. **nie pozostaję/ pozostaję/ nie dotyczy*** w powiązaniu z inną jednostką gospodarczą;
11. **znajduje się / nie znajduje się*** w grupie podmiotów, jak również **jestem / nie jestem*** powiązany osobiście, organizacyjnie, gospodarczo, finansowo z osobami i podmiotami, wykazanymi na Liście osób i podmiotów, wobec których są stosowane środki sankcyjne - prowadzonej przez Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji i publikowanej w Biuletynie Informacji Publicznej, na stronie podmiotowej ministerstwa właściwego do spraw wewnętrznych, o której mowa w ustawie z dnia 13.04.2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego,
12. **znajduje się / nie znajduje się*** w załączniku nr 1 do Rozporządzenia Rady (UE) nr 269/2014 oraz w załączniku nr 1 do Rozporządzenia Rady (WE) nr 765/2006 - wykazy osób fizycznych i prawnych, podmiotów i organów podlegających sankcjom.
13. **Otrzymałem/ Nie otrzymałem*** refundację składek dla wnioskowanych pracowników z innych środków publicznych np. ze środków PFRON.
14. **Ubiegam/ Ubiegałem/ Nie ubiegałem się*** o refundację składek dla wnioskowanych pracowników z innych środków publicznych np. ze środków PFRON.
15. zobowiązuję się do złożenia w dniu zawarcia umowy dodatkowego oświadczenia o uzyskanej pomocy de minimis, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia zawarcia umowy otrzymam taką pomoc/ nie dotyczy;
16. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią klauzuli informacyjnej w zakresie przetwarzania danych osobowych, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz o przysługujących prawach.
17. Oświadczam, że informacje podane we wniosku są aktualne i zgodne z prawdą.

*** Niepotrzebne skreślić**

**** Przez „beneficjenta pomocy” - należy rozumieć podmiot prowadzący działalność gospodarczą, w tym podmiot prowadzący działalność w zakresie rolnictwa lub rybołówstwa, bez względu na formę organizacyjno-prawną oraz sposób finansowania.**

* niepotrzebne skreślić

Data, podpis i pieczęćka Wnioskodawcy