…..................................

(miejscowość, data)

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

(nazwa Spółdzielni Socjalnej)

**Prezydent Miasta Zamość**

**Powiatowy Urząd Pracy**

**w Zamościu**

**ul. Pl. Wolności 1**

**22-400 Zamość**

**WNIOSEK**

**o zawarcie umowy o zwrot opłaconych składek na ubezpieczenia społeczne za członków spółdzielni socjalnej zatrudnionych na podstawie spółdzielczej umowy o pracę i zatrudnionych pracowników**

na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 kwietnia 2006 r. o spółdzielniach socjalnych (tekst jednolity - Dz. U. z 2023 r. poz. 802)

**I. DANE DOTYCZĄCE SPÓŁDZIELNI SOCJALNEJ**

1. Nazwa spółdzielni socjalnej: ....................................................................................................................................

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

2. Adres siedziby: .....................................................................................................................................

…………………………………………………………………………………………………

(adres, numer telefonu, e-mail)

3. Miejsce wykonywania pracy: ..................................................................................

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

5. Nr KRS ...................................... 6. REGON ..........................................................

7. NIP ............................................. 8. PKD działalności ...........................................

9. Spółdzielnia osób: □ prawnych □ fizycznych

10. Numer rachunku bankowego:

      

11. **Stopa ubezpieczenia wypadkowego:** ............... **%**

12. Liczba członków spółdzielni socjalnej wynosi ........................ osób według stanu na dzień ………………......................... .

13. Imię, nazwisko, stanowisko/funkcja i numer telefonu osoby/osób reprezentującej (ych) spółdzielnię socjalna zgodnie z KRS lub osoby/osób upoważnionej (ych) do zawarcia umowy:

a) ..................................................................................................................................

b) ..................................................................................................................................

c) ……………………………………………………………………………………………….

14. Imię, nazwisko, stanowisko/funkcja, numer telefonu oraz adres e-mail osoby wyznaczonej do kontaktu z Urzędem:

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

**II. INFORMACJE DOTYCZĄCE FINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW FUNDUSZU PRACY SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE**

1. Liczba osób, których składki podlegać będą finansowaniu ze środków Funduszu Pracy: ………………………………………………………………………………………….

2. Wnioskowana wysokość składek podlegających finansowaniu ze środków Funduszu Pracy: ……………………………………………………………………………..

3. Wnioskowany okres finansowania składek ze środków Funduszu Pracy\*:

od …………………………………. do ………………………………………..

\*Urząd dokonuje zwrotu opłaconych składek na ubezpieczenia społeczne w okresach kwartalnych począwszy od początku kwartału, w którym została zawarta umowa ze spółdzielnią socjalną w sprawie refundacji składek na ubezpieczenie społeczne i na warunkach w niej określonych.

**III. DANE DOTYCZĄCE OSÓB, KTÓRYCH SKŁADKI BĘDĄ PODLEGAĆ ZWROTOWI:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby****PESEL** | **Status osoby\*\*** | **Okres, na który został zawarty stosunek pracy między spółdzielnią socjalną a osobą, której składki będą podlegać zwrotowi\*\*\*** | **Data przystąpienia do spółdzielni socjalnej w charakterze członka lub data zatrudnienia pracownika w spółdzielni socjalnej** | **Podstawa zatrudnienia (umowa o pracę lub spółdzielcza umowa o pracę) oraz wymiar czasu pracy** | **Przynależność osoby przed przystąpieniem do spółdzielni socjalnej\*\*\*\*** | **Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne** | **Wysokość składek na ubezpieczenia społeczne***(należy podać odpowiednie sumy kwot składek na ubezpieczenia emerytalne, rentowe i chorobowe należnych od zatrudnionego oraz kwot składek na ubezpieczenia emerytalne, rentowe i wypadkowe należnych od pracodawcy, planowanych do opłacenia w ujęciu miesięcznym)* | **Wnioskowana kwota składek podlegających finansowaniu ze środków Funduszu Pracy\*\*\*\*\*** |
| **składki** | **emerytalne** | **rentowe** | **chorobowe** | **wypadkowe** | **RAZEM** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  | pracownik |  |  |  |  |  |  |
| pracodawca |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  | pracownik |  |  |  |  |  |  |
| pracodawca |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  | pracownik |  |  |  |  |  |  |
| pracodawca |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  | pracownik |  |  |  |  |  |  |
| pracodawca |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  | pracownik |  |  |  |  |  |  |
| pracodawca |  |  |  |  |  |

\*\* Należy wskazać status osoby: 1 – członek spółdzielni socjalnej, 2 – zatrudniony pracownik niebędący członkiem spółdzielni socjalnej

\*\*\*Należy wskazać okres od - do, na który został zawarty stosunek pracy między spółdzielnią socjalną a jej członkiem, nawiązany na podstawie spółdzielczej umowy o pracę oraz w formach określonych w art. 201 ustawy z dnia 16 września 1982 r. – Prawo spółdzielcze (Dz. U. z 2021 r. poz. 648, z późn. zm.), lub pracownikiem będącym osobą, o której mowa w art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 27 kwietnia 2006 r. o spółdzielniach socjalnych

\*\*\*\* Należy wskazać, do której z poniższych grup, osoba objęta wsparciem przynależała przed przystąpieniem do spółdzielni socjalnej (wpisać numery grup):

1. 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 (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 475),

2. 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,

3. 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:

a) w wieku do 30. roku życia oraz po ukończeniu 50. roku życia lub

b) 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,

4. 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 2024 r. poz. 44),

5. 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),

 6. osób spełniających kryteria, o których mowa󠄆 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, z późn. zm.),

7. 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, z późn. zm.),

8. 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 2024 r. poz. 177) oraz w art. 88 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej,

9. 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, z późn. zm.),

10. osób pozbawionych wolności, osób opuszczających zakłady karne oraz pełnoletnich osób opuszczających zakłady poprawcze,

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

12. osób, które uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą.

\*\*\*\*\* Finansowaniu ze środków Funduszu Pracy podlega 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 w pełnej wysokości przez okres 24 miesięcy od dnia zatrudnienia oraz w połowie wysokości przez kolejne 12 miesięcy, do wysokości odpowiadającej miesięcznie wysokości składki, której podstawą wymiaru jest kwota minimalnego wynagrodzenia za pracę.

**IV. OŚWIADCZENIA**

Oświadczam/y, że:

1. Dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

2. Zalegam/y/nie zalegam/y/ z zapłatą wynagrodzeń, należnych składek na ubezpieczenie społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy i Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz innych danin publicznych.

3. Zalegam/y/nie zalegam/y/ z zapłatą w terminie podatków do Urzędu Skarbowego
i innych organów podatkowych.

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

 (miejscowość, data) (podpisy osób reprezentujących spółdzielnie socjalną pieczątka spółdzielni)

**Załączniki: (kserokopie potwierdzone za zgodność z oryginałem)**

1. Spółdzielcze umowy o pracę bądź inne potwierdzające zatrudnienie w spółdzielni.

2. Statut spółdzielni socjalnej,

3. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc *de minimis*.

4. Załącznik nr 1 – Oświadczenie o uzyskanej pomocy de minimis.

5. Pełnomocnictwo osób działających w imieniu podmiotu gospodarczego, jeżeli nie wynika to bezpośrednio z dokumentów rejestrowych.

6. W przypadku, gdy miejscem wykonywanej pracy nie jest siedziba Spółdzielni socjalnej dołączyć należy kserokopię dokumentu potwierdzającego prawo do lokalu w miejscu wykonywanej pracy.

7. Klauzula Informacyjna RODO.