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

(nazwa spółdzielni socjalnej) (miejscowość i data)

**Starosta**

**Powiatu Stalowowolskiego**

**Wniosek**

o przyznanie zwrotu składek na ubezpieczenia społeczne, o których mowa w art. 12 ust. 3a ustawy z dnia 27 kwietnia 2006 r. o spółdzielniach socjalnych (tj. Dz. U. z 2018r. poz. 1205 z późn. zm.)

**I.  Dane dotyczące wnioskodawcy:**

1. Nazwa spółdzielni socjalnej……………………………………………………………………..

2. Adres siedziby…………………………………………………………………………………….

3. REGON……………………………………………………………………………….........

5. NIP…………………………………………………………………………………………

6. Telefon/fax…………………………………………………………………………………

7. Imię i nazwisko osoby reprezentującej spółdzielnię socjalną………………………………..

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

**II.** Wnioskuję o zwrot części wynagrodzenia odpowiadającej składce należnej od zatrudnionego na ubezpieczenia emerytalne rentowe i chorobowe oraz część kosztów osobowych pracodawcy odpowiadającej składce na ubezpieczenia emerytalne, rentowe i wypadkowe za …………osób - członków spółdzielni oraz pracowników będących osobami, o których mowa w art. 4 ust. 1 ustawy o spółdzielniach socjalnych, zatrudnionych na zasadach, o których mowa w ust. 1 i 1a w/w ustawy.

**III.** Wnioskowany okres zwrotu………………………………………………………………...

**IV.** Wysokość składki na ubezpieczenie wypadkowe (%)……………………………………...

**V.**  Termin wypłaty wynagrodzenia (*zaznaczyć x właściwą odpowiedź):*

do ostatniego dnia miesiąca bieżącego do 10 dnia miesiąca za miesiąc poprzedni

**V. Dane członków spółdzielni lub pracowników, których zwrot dotyczy:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Dane pracownika | | Przynależność osoby przed przystąpieniem / zatrudnieniem do / w spółdzielni socjalnej  A,B,C,D,E,F,G\* | Data zatrudnienia w spółdzielni socjalnej | Okres zatrudnienia | Forma zatrudnienia | Wynagrodzenie brutto | Kwota miesięcznej składki na ubezpieczenia społeczne *( emerytalne, rentowe, chorobowe, wypadkowe)* | Wnioskowana kwota zwrotu (miesięcznie) |
| 1. | Nazwisko i imię |  |  |  |  |  |  |  |  |
| PESEL |  |
| 2. | Nazwisko i imię |  |  |  |  |  |  |  |  |
| PESEL |  |
| 3. | Nazwisko i imię |  |  |  |  |  |  |  |  |
| PESEL |  |
| 4. | Nazwisko i imię |  |  |  |  |  |  |  |  |
| PESEL |  |

**\*** Przynależność osoby przed przystąpieniem do spółdzielni socjalnej (wybrać właściwe):

A. osoby bezrobotne, w rozumieniu 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 2019 r. poz. 1482 z późn. zm.),

B. osoby, o których mowa w art. 2 pkt 1a i 1b ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 217 z późn. zm.),

C. osoby niepełnosprawne. w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1172 z późn. zm.),

D. 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,

E. osoby, o których mowa w art. 49 pkt 7 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy,

F. osoby poszukujące pracy niepozostające w zatrudnieniu lub niewykonujące innej pracy zarobkowej,

G. 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 (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1111 z późn.zm.)

**VI.** Oświadczam, że spółdzielnia socjalna którą reprezentuję **zalega / nie zalega\*** 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

**VII.** Świadomy, iż zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy, zgodnie z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8, oświadczam, że wszystkie dane i informacje zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.

***\* niepotrzebne skreślić***

………………………………………………………

data i podpis osób reprezentujących

wnioskodawcę

**PUP zastrzega sobie prawo żądania dokumentów potwierdzających informacje zawarte w niniejszym wniosku**

Załączniki do wniosku:

1. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis.
2. Oświadczenie o otrzymaniu pomocy de minimis (wnioskodawcy i jednostek z nim powiązanych).