Załącznik nr 1 do Zarządzenia Nr 36/2025

Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy w Mogilnie

z dnia 18.09.2025 r.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ..................................................................(pieczątka ) |  | Data wpływu do Urzędu: |
| **Powiatowy Urząd Pracy w Mogilno ul. Obrońców Mogilna 1****88-300 Mogilno****tel. 52/3186723**  **kontakt osobisty pok. nr 10**[**http://mogilno.praca.gov.pl**](http://mogilno.praca.gov.pl)**adres do e-Doręczeń: AE: PL-20416-77739-ACCSR-33** |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **Powiatowy Urząd Pracy w Mogilnie** |

**Nr wniosku: …………………………………**

**WNIOSEK PRZEDSIĘBIORSTWA SPOŁECZNEGO
O ZAWARCIE UMOWY W SPRAWIE
FINANSOWANIA SKŁADEK
NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE
ZA PRACOWNIKÓW ZAGROŻONYCH WYKLUCZENIEM SPOŁECZNYM**

Na zasadach określonych w:

* art. 21 ustawy z dnia 5 sierpnia 2022 r. o ekonomii społecznej,
* art. 74 i art. 300 ust. 2 pkt 30) ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia,
* 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

oraz w przypadku beneficjenta pomocy publicznej/ podmiotu podlagającego przepisom o pomocy publicznej, na zasadach określonych w:

* ustawie z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej oraz
* 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 lub
* 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 lub
* 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.
1. **DANE DOTYCZĄCE PRZEDSIĘBIORSTWA SPOŁECZNEGO**
2. Pełna nazwa przedsiębiorstwa społecznego: ………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Forma prawna: …………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………….

1. Adres siedziby: ………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………

1. Adres do korespondencji ………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………….

1. NIP: ……………………………………… REGON: ………………………………….
2. Nr KRS lub numer innej ewidencji lub innego rejestru z podaniem nazwy tego rejestru:

…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………...

1. Data uzyskania statusu przedsiębiorstwa społecznego: …………………………………
2. Przedmiot dominującej działalności lub przeważające PKD : …………………………...

…………………………………………………………………………………………...

1. Telefon kontaktowy: …………………………………………………………………….
2. Adres e-mail: ……………………………………………………………………………
3. Adres do e-Doręczeń: ……………………………………………………………………
4. Imię, nazwisko i stanowisko osoby/ osób uprawnionych do reprezentowania przedsiębiorstwa społecznego: …………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………...

1. Pracownicy przedsiębiorstwa społecznego:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Liczba pracowników | Rodzaj umowy  | Wymiar czasu pracy |
|  |  |  |

 stan na dzień złożenia wniosku: ………………………………………………………...

1. Wysokość stopy procentowej składek na ubezpieczenie wypadkowe wynosi: ………….
2. Nazwa banku albo spółdzielczej kasy oszczędnościowo-kredytowej: …………………..

…………………………………………………………………………………………...

1. Numer rachunku bankowego albo rachunku w spółdzielczej kasie oszczędnościowo-kredytowej:
2. **DANE PRACOWNIKÓW PRZEDSIĘBIORSTWA SPOŁECZNEGO, BĘDĄCYCH OSOBAMI ZAGROŻONYMI WYKLUCZENIEM SPOŁECZNYM, ZA KTÓRYCH SKŁADKI[[1]](#footnote-1) PODLEGAĆ BĘDĄ FINANSOWANIU**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwisko i imię** | **PESEL** | **Okres, na który został zawarty stosunek pracy między przedsiębiorstwem społecznym a pracownikiem** | **Przynależność osoby przed zatrudnieniem w przedsiębiorstwie społecznym****(wg oznaczeń: A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, K lub L[[2]](#footnote-2))** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

 **Wnioskowany okres refundacji składek[[3]](#footnote-3):** od dnia ………… do dnia ……………...

1. **OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

Oświadczam, że:

1. **Jestem/ Nie jestem** w stanie likwidacji bądź upadłości.
2. **Dopełniłem(am)/ nie dopełniłem(am) obowiązku** zgłoszenia do ubezpieczeń społecznych pracowników lub innych osób podlegających obowiązkowi zgłoszenia.
3. **Nie zachodzą** w stosunku do Wnioskodawcy, którego reprezentuję, w tym podmiotów powiązanych ze mną oraz reprezentowanym Wnioskodawcą, przesłanki wykluczenia
z postępowania o udzielenie bezpośredniego lub pośredniego wsparcia, w tym udzielania finansowania i pomocy finansowej lub przyznania jakichkolwiek innych korzyści, wynikające z:

- Rozporządzenia Rady (WE) nr 765/2006 z dnia 18 maja 2006 r. dotyczącego środków ograniczających w związku z sytuacją na Białorusi i udziałem Białorusi
w agresji Rosji wobec Ukrainy;

- Rozporządzenia Rady (UE) nr 269/2014 z dnia 17 marca 2014 r. dotyczącego środków ograniczających w odniesieniu do działań podważających integralność terytorialną, suwerenność i niezależność Ukrainy lub im zagrażających;

- Rozporządzenia Rady (UE) nr 833/2014 z dnia 31 lipca 2014 r. dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie.

1. Składki pracowników wymienionych we wniosku **nie są finansowane ani refundowane** z innych środków publicznych, w tym ze środków PFRON lub budżetu Unii Europejskiej.
2. **Podlegam/ nie podlegam\*)** przepisom o pomocy publicznej, którym podlegają przedsiębiorcy w rozumieniu unijnego prawa konkurencji[[4]](#footnote-4).
3. **Zobowiązuję się** do złożenia w dniu podpisania umowy dodatkowego oświadczenia, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy z Powiatowym Urzędem Pracy w Mogilnie nastąpi zmiana danych wskazanych we wniosku.
4. **Zapoznałem(am) się** z *„Klauzulą informacyjną* *dotyczącą przetwarzania moich danych osobowych*” oraz poinformowałem(am) wszystkie osoby, których dane zostały wskazane w niniejszym wniosku o *”Klauzuli informacyjnej dotyczącej przetwarzania danych osobowych pozyskanych w inny sposób niż od osoby, której dane dotyczą”*, znajdującymi się na stronie internetowej PUP Mogilno (mogilno.praca.gov.pl)
w zakładce „Urząd” → „Ochrona danych osobowych” lub na tablicach ogłoszeń
w siedzibie PUP Mogilno, ul. Obrońców Mogilna 1, 88-300 Mogilno.

**Oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie powyżej informacje są prawdziwe. Przyjmuję do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji pod względem ich zgodności z prawdą.**

**Ponadto będąc świadomym odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, oświadczam, że:**

1. **Zalegam/ nie zalegam\*)** z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom, z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Fundusz Solidarnościowy i Fundusz Emerytur Pomostowych oraz z wpłatami na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
2. **Zalegam/ nie zalegam/ nie dotyczy\*)** z opłacaniem należnych składek
na ubezpieczenie społeczne rolników lub na ubezpieczenie zdrowotne.
3. **Zalegam/ nie zalegam\*)** z opłacaniem innych danin publicznych.

**\*) niepotrzebne skreślić**

……………………………………………………….

 data i podpis osoby reprezentującej przedsiębiorstwo społeczne

**ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU**

1. Oświadczenie podmiotu podlegającego przepisom o pomocy publicznej *(wypełnia beneficjent pomocy
de minimis) (załącznik nr 1),*
2. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis (*wypełnia beneficjent pomocy de minimis ) (załącznik nr 2),*
3. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis
w rolnictwie lub rybołówstwie *(wypełnia beneficjent pomocy de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie) (załącznik nr 3),*
4. Kserokopie umów o pracę lub spółdzielczych umów o pracę, potwierdzających zatrudnienie
w przedsiębiorstwie społecznym,
5. Kserokopia decyzji wojewody o nadaniu statusu przedsiębiorstwa społecznego,
6. Umocowanie do reprezentowania wnioskodawcy w sytuacji gdy osoba podpisująca wniosek i umowę
nie jest upoważniona do reprezentowania wnioskodawcy w stosownym dokumencie rejestrowym.

**Uwaga!**

**Załączniki składane jako kserokopie wymagają poświadczenia za zgodność z oryginałem.**

**Wnioski złożone bez kompletu załączników, bądź zawierające braki formalne będą rozpatrywane po ich uzupełnieniu.**

***Część II. Wypełnia Powiatowy Urząd Pracy***

1. **Uwagi dotyczące dotychczasowej współpracy z Wnioskodawcą.**

**1.** W okresie 12 ostatnich miesięcy nastąpiło przerwanie realizacji stażu przez starostę
z powodu nierealizowania przez organizatora stażu programu stażu lub niedotrzymania warunków jego odbywania lub organizator przerwał staż bez uzasadnionej przyczyny (zgodnie z art. 116 ust. 6 ustawy). **TAK / NIE / NIE DOTYCZY\*)**

 ...................................................................podpis pracownika PUP

1. **Weryfikacja Wnioskodawcy.**

**Wnioskodawca spełnia warunki:**

1. **ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia:**
* Wnioskodawca oświadczył, że na dzień złożenia wniosku nie zalega z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom, z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Fundusz Solidarnościowy i Fundusz Emerytur Pomostowych oraz z wpłatami na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. **TAK / NIE \*)**
* Wnioskodawca oświadczył, że na dzień złożenia wniosku nie zalega z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenie społeczne rolników lub na ubezpieczenie zdrowotne. **TAK / NIE / NIE DOTYCZY\*)**
* Wnioskodawca oświadczył, że na dzień złożenia wniosku nie zalega z opłacaniem innych danin publicznych. **TAK / NIE \*)**
* Wnioskodawca oświadczył, że dopełnił obowiązku zgłoszenia do ubezpieczeń społecznych pracowników lub innych osób podlegających obowiązkowi zgłoszenia do ubezpieczeń. **TAK / NIE / NIE DOTYCZY\*)**
* Wnioskodawca, wg informacji z systemu teleinformatycznego od ZUS, dopełnił obowiązku opłacania składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, na Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Fundusz Solidarnościowy oraz na Fundusz Emerytur Pomostowych. **TAK / NIE \*)**
* Wnioskodawca, wg informacji z systemu teleinformatycznego od organów KAS, nie posiada zaległości podatkowych. **TAK / NIE \*)**

uwagi ……………………………..……………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………...

* Wnioskodawca, wg informacji z systemu teleinformatycznego od KRUS, nie posiada zaległości z tytułu niepłacenia składek na ubezpieczenie społeczne rolników lub ubezpieczenie zdrowotne. **TAK / NIE / NIE DOTYCZY \*)**

uwagi ……………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………...

1. **udzielenia pomocy *de minimis* TAK / NIE / NIE DOTYCZY\*)**

*(odpowiednie zaznaczyć)*

* rozporządzenia Komisji (UE) 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy *de minimis* albo
* rozporządzenia 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 albo
* rozporządzenia 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.

............................................... podpis pracownika PUP

|  |  |
| --- | --- |
| **WYRAŻAM ZGODĘ** | **NIE WYRAŻAM ZGODY** |
|  |  |
| data, podpis i pieczątka Dyrektora PUP | data, podpis i pieczątka Dyrektora PUP |

1. **DECYZJA DYREKTORA PUP**

1. **Składki** – 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, podlegająca 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. [↑](#footnote-ref-1)
2. **Przynależność osoby przed zatrudnieniem w przedsiębiorstwie społecznym**:

bezrobotny, o którym mowa w art. 2 pkt 1 ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia;

długotrwale bezrobotny, o którym mowa w art. 2 pkt 4 ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy
i służbach zatrudnienia;

poszukujący pracy, o którym mowa w art. 2 pkt 24 ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia, 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 pkt 9 ustawy z dnia 20 marca 2025 r.
o rynku pracy i służbach zatrudnienia;

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;

osoba uprawniona do specjalnego zasiłku opiekuńczego, o której mowa w art. 16a ust. 1 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych;

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 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;

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;

osoba, która uzyskała w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą. [↑](#footnote-ref-2)
3. **Okres refundacji składek** - jako początek okresu refundacji składek należy przyjąć albo datę uzyskania statusu przedsiębiorstwa społecznego (dla zatrudnionych już pracowników) albo datę zatrudnienia (dla pracowników zatrudnionych po uzyskaniu statusu przedsiębiorstwa społecznego). Długość okresu refundacji określona została w art. 21 ust. 1 ustawy z dnia 5 sierpnia 2022 r. o ekonomii społecznej. W przypadku utraty statusu przedsiębiorstwa społecznego przed upływem ustawowego okresu refundacji, refundacja składek jest dokonywana do dnia utraty w/w statusu. W przypadku gdy stosunek pracy pomiędzy przedsiębiorstwem społecznym
a zatrudnionym ustanie przed upływem ustawowego okresu refundacji, refundacja składek jest dokonywana do dnia ustania tego stosunku pracy. [↑](#footnote-ref-3)
4. Za przedsiębiorstwo uważa się podmiot prowadzący działalność gospodarczą.

Przez **działalność gospodarczą** zgodnie z art. 2 pkt 17 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu
w sprawach dotyczących pomocy publicznej należy rozumieć działalność gospodarczą, do której mają zastosowanie reguły konkurencji określone w przepisach części trzeciej tytułu VII rozdziału 1 TFUE.

**Beneficjentem pomocy** zgodnie z art. 2 pkt 16 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej 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-4)