nazwa przedsiębiorstwa społecznego: Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

data: Kliknij tutaj, aby wprowadzić datę.

**Starosta Pszczyński**

**za pośrednictwem**

**Powiatowego Urzędu Pracy w Pszczynie**

Wniosek przedsiębiorstwa społecznego o finansowanie składek

## Dane dotyczące przedsiębiorstwa społecznego:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa przedsiębiorstwa | | **Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.** |
| Forma prawna | | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| Adres siedziby | województwo | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
|  | miejscowość | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
|  | ulica | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
|  | numer domu | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
|  | numer lokalu | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
|  | kod pocztowy | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| Dane kontaktowe | numer telefonu | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
|  | numer faksu | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
|  | adres e-mail | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
|  | strona www | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| NIP | | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| REGON | | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| KRS lub numer innej ewidencji lub innego rejestru | | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| Data umowy zawartej przez starostę i przedsiębiorstwo społeczne w sprawie finansowania składek na ubezpieczenia społeczne | | Kliknij tutaj, aby wprowadzić datę. |

## Dane rozliczeniowe[[1]](#footnote-1)

| Lp. |  | Okres opłacenia składek | Wybierz element.[[2]](#footnote-2) | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| emerytalne | rentowe | chorobowe | wypadkowe |
| 1. | pracownik | Kliknij tutaj, aby wprowadzić datę.  –  Kliknij tutaj, aby wprowadzić datę. | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |  |
| 2. | pracodawca | Kliknij tutaj, aby wprowadzić datę.  –  Kliknij tutaj, aby wprowadzić datę. | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |  | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |

**Dane osoby, której dotyczy rozliczenie:**

Imię i nazwisko: Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

PESEL: Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

Okres, na który został zawarty stosunek pracy między przedsiębiorstwem społecznym a pracownikiem będącym osobą zagrożoną wykluczeniem społecznym: Kliknij tutaj, aby wprowadzić datę od. – Kliknij tutaj, aby wprowadzić datę do./ Wybierz element.

Data rozpoczęcia zatrudnienia pracownika w przedsiębiorstwie społecznym: Kliknij tutaj, aby wprowadzić datę.

Przynależność osoby przed zatrudnieniem w przedsiębiorstwie społecznym do[[3]](#footnote-3):

bezrobotnych, w szczególności bezrobotnych długotrwale, w rozumieniu ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia, posiadających status poszukujących pracy w wieku do 30. roku życia oraz po ukończeniu 50. roku życia, bez zatrudnienia w rozumieniu ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia,

osób poszukujących pracy niepozostających w zatrudnieniu lub niewykonujących innej pracy zarobkowej w rozumieniu ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia, w tym rodziców dzieci z rodzin wielodzietnych w rozumieniu ustawy z dnia 5 grudnia 2014 r. o Karcie Dużej Rodziny,

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.

## Należne środki proszę przekazać na rachunek bankowy albo rachunek w spółdzielczej kasie oszczędnościowo-kredytowej przedsiębiorstwa społecznego:

Nazwa banku albo spółdzielczej kasy oszczędnościowo-kredytowej:

Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

Numer rachunku bankowego albo rachunku w spółdzielczej kasie oszczędnościowo-kredytowej:

Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

## Oświadczam, że składki nie są finansowane ani refundowane z innych środków publicznych, w tym ze środków PFRON lub budżet Unii Europejskiej[[4]](#footnote-4).

data i podpisy  
osób reprezentujących przedsiębiorstwo społeczne: Kliknij tutaj, aby wprowadzić datę., Wybierz element.

1. W przypadku większej liczby osób należy dodać kolejne wiersze w tabeli. [↑](#footnote-ref-1)
2. Wybierz właściwe [↑](#footnote-ref-2)
3. Zakreślić właściwe [↑](#footnote-ref-3)
4. w przypadku, gdy przedsiębiorstwo społeczne otrzymuje częściowe dofinansowanie z PFRON lub innych środków publicznych, w tym środków budżetu Unii Europejskiej, konieczne jest złożenie stosownych dokumentów potwierdzających brak podwójnego finansowania. [↑](#footnote-ref-4)