

………………………………………………………

/data wpływu wniosku do PUP/

Załącznik Nr 1 do Umowy w sprawie finansowania składek na ubezpieczenie społeczne

…………………………………………….………….

/pieczęć firmowa Pracodawcy/

WNIOSEK

PRZEDSIĘBIORSTWA SPOŁECZNEGO O FINANSOWANIE SKŁADEK

za okres ………….… ……..… r.

**UMOWA Nr …………/REF-PS/FP/2025 w sprawie finansowania składek na ubezpieczenie społeczne**

zawarta w dniu ……………..2025 r.

1. **Dane dotyczące przedsiębiorstwa społecznego**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa przedsiębiorstwa** |  |
| **Forma prawna** |  |
| **Adres siedziby** | Województwo |  |
| Miejscowość |  |
| Ulica |  |
| Numer domu |  |
| Numer lokalu |  |
| Kod pocztowy |  |
| **Dane kontaktowe** | Numer telefonu |  |
| Numer faksu |  |
| Adres e-mail |  |
| Strona www |  |
| **NIP** |  |
| **REGON** |  |
| **KRS lub numer innej ewidencji lub innego rejestru** |  |
| **Data umowy zawartej przez starostę i przedsiębiorstwo społeczne w sprawie finansowania składek na ubezpieczenie społeczne** |  |

1. **Dane rozliczeniowe:**

**Osoba nr 1:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. |  | Okres opłacenia składek | Kwota opłaconych składek w ramach refundacji |
| emerytalne | rentowe | chorobowe | wypadkowe |
| 1 | pracownik |  |  |  |  |  |
| 2 | pracodawca |  |  |  |  |  |

1. Imię i nazwisko: …………………...………………………………………
2. PESEL: ...............................................................................................
3. okres, na który został zawarty stosunek pracy między przedsiębiorstwem społecznym a pracownikiem będącym osobą zagrożoną wykluczeniem społecznym ……………………………….
4. data rozpoczęcia zatrudnienia pracownika w przedsiębiorstwie społecznym: ……………………….
5. przynależność osoby przed zatrudnieniem w przedsiębiorstwie społecznym (właściwe zaznaczyć):
* bezrobotnych, w szczególności bezrobotnych długotrwale, w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t. j. Dz.U. z 2025 r. poz. 214), posiadających status poszukujących pracy w wieku do 30 roku życia oraz po ukończeniu 50 roku życia, bez zatrudnienia w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy,
* osób poszukujących pracy niepozostających w zatrudnieniu lub niewykonujących innej pracy zarobkowej w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, w tym rodziców dzieci z rodzin wielodzietnych w rozumieniu ustawy z dnia 5 grudnia 2014 r. o Karcie Dużej Rodziny (t. j. Dz.U. z 2024 r. poz. 1512),
* osób niepełnosprawnych w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t. j. Dz.U. z 2024 r. poz. 44 z późn. zm.),
* osób, 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 2025 r. poz. 83),
* 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 (t. j. Dz.U. z 2024 r. poz. 1283 z późn. zm.),
* osób uprawnionych do specjalnego zasiłku opiekuńczego, o którym mowa w art. 16a ust 1 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (t. j. Dz.U. z 2024 r. poz. 323 z późn. zm.),
* 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 (t. j. Dz.U. z 2025 r. poz. 49) 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 (t. j. Dz.U. z 2024 r. poz. 917),
* 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 (Dz.U. z 2015 r. poz. 1705 z późń. zm.),
* osób, które uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą.

**Osoba nr 2:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. |  | Okres opłacenia składek | Kwota opłaconych składek w ramach refundacji |
| emerytalne | rentowe | chorobowe | wypadkowe |
| 1 | pracownik |  |  |  |  |  |
| 2 | pracodawca |  |  |  |  |  |

1. Imię i nazwisko: …………………...………………………………………
2. PESEL: ...............................................................................................
3. okres, na który został zawarty stosunek pracy między przedsiębiorstwem społecznym a pracownikiem będącym osobą zagrożoną wykluczeniem społecznym ……………………………….
4. data rozpoczęcia zatrudnienia pracownika w przedsiębiorstwie społecznym: ……………………….
5. przynależność osoby przed zatrudnieniem w przedsiębiorstwie społecznym (właściwe zaznaczyć):
* bezrobotnych, w szczególności bezrobotnych długotrwale, w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t. j. Dz.U. z 2025 r. poz. 214), posiadających status poszukujących pracy w wieku do 30 roku życia oraz po ukończeniu 50 roku życia, bez zatrudnienia w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy
* osób poszukujących pracy niepozostających w zatrudnieniu lub niewykonujących innej pracy zarobkowej w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, w tym rodziców dzieci z rodzin wielodzietnych w rozumieniu ustawy z dnia 5 grudnia 2014 r. o Karcie Dużej Rodziny (t. j. Dz.U. z 2024 r. poz. 1512),
* osób niepełnosprawnych w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t. j. Dz.U. z 2024 r. poz. 44 z późn. zm.),
* osób, 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 2025 r. poz. 83),
* 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 (t. j. Dz.U. z 2024 r. poz. 1283 z późn. zm.),
* osób uprawnionych do specjalnego zasiłku opiekuńczego, o którym mowa w art. 16a ust 1 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (t. j. Dz.U. z 2024 r. poz. 323 z późn. zm.),
* 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 (t. j. Dz.U. z 2025 r. poz. 49) 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 (t. j. Dz.U. z 2024 r. poz. 917),
* 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 (Dz.U. z 2015 r. poz. 1705 z późń. zm.),
* osób, które uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą.
1. **Należne środki proszę przekazać na rachunek bankowy albo rachunek w spółdzielczej kasie oszczędnościowo-kredytowej przedsiębiorstwa społecznego:**

Nazwa banku albo spółdzielczej kasy oszczędnościowo-kredytowej:

……………………………………………………………………………………………….

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

……………………………………………………………………………………………….

1. **Oświadczam, że składki nie są finansowane ani refundowane z innych środków publicznych, w tym ze środków PFRON lub budżetu Unii Europejskiej.**
2. **Oświadczam, że:**

Zapoznałem/am się z Klauzulą informacyjną o przetwarzaniu danych przez Powiatowy Urząd Pracy w Białymstoku dla pracodawców, przedsiębiorców i pełnomocników (Klauzula informacyjna nr 3) oraz zapoznałem/am pozostałe osoby wskazane we Wniosku z Klauzulą informacyjną o przetwarzaniu danych osobowych przez Powiatowy Urząd Pracy w Białymstoku pozyskanych w inny sposób, niż od osoby, której dane dotyczą (osoby wskazane we wnioskach i umowach, opiekunowie stażu) (Klauzula informacyjna nr 5). Powyższe klauzule dostępne są na stronie internetowej Urzędu: www.bialystok.praca.gov.pl oraz w biuletynie informacji publicznej https://pupbialystok.bip.gov.pl

**Załączniki:**

* Kserokopia listy płac wraz z potwierdzeniem odbioru wynagrodzenia: pokwitowanie odbioru na liście płac lub wydruk przelewu, lub dokument KW, **w przypadku kserokopii dokumentu należy potwierdzić za zgodność z oryginałem**,
* Deklaracja rozliczeniowa ZUS DRA wraz z dowodem odprowadzenia składek ZUS,
* Imienny raport miesięczny o należnych składkach i wypłaconych świadczeniach ZUS RCA,

**Imię i nazwisko osoby sporządzającej Wniosek:**…………………………………………….. **telefon:**………..…….

……………………………………..………………………………….

 /data i czytelny podpis osób reprezentujących przedsiębiorstwo społeczne/