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

pieczęć Przedsiębiorstwa Społecznego miejscowość i data

**Starosta Gostyński**

**Miesięczny wniosek przedsiębiorstwa społecznego o finansowanie składek ZUS**

1. **Dane dotyczące przedsiębiorstwa :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa przedsiębiorstwa |  | |
| Forma prawna |  |  |
| Adres siedziby | Województwo |  |
| Miejscowość |  |
| Ulica |  |
| Nr domu |  |
| Nr lokalu |  |
| Kod pocztowy |  |
| NIP |  |  |
| REGON |  |  |
| KRS lub numer ewidencji lub innego rejestru |  |  |
| Data umowy zawartej przez Starostę i przedsiębiorstwo społeczne w sprawie finansowania składek na ubezpieczenia społeczne |  |  |

1. **Dane rozliczeniowe :**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** |  | **Okres opłacania składek** | **Kwota opłaconych składek w ramach refundacji/ kwota składek podlegająca finansowaniu** | | | |
|  | **Emerytalne** | **Rentowe** | **Chorobowe** | **Wypadkowe** |
| **1** | **Pracownik** |  |  |  |  |  |
| **2** | **pracodawca** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

1. **Dane osoby, której dotyczy rozliczenie:**

**Imię i nazwisko**:………………………………………………………

**PESEL**: …………………………………………………………………

Okres, na który został zawarty stosunek pracy między przedsiębiorstwem społecznym a pracownikiem będącym osobą zagrożoną wykluczeniem społecznym: ………………………………………………………………..

Data rozpoczęcia zatrudnienia pracownika w przedsiębiorstwie społecznym: ……………………………………….

Przynależność osoby/osoby zagrożonej(ych) wykluczeniem społecznym przed zatrudnieniem w przedsiębiorstwie społecznym do:

* bezrobotnych, w szczególności bezrobotnych długotrwale, w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, 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,
* 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 przedsiębiorstwa społecznego

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

(nr konta)

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 warunki umowy zawartej ze Starostą Gostyńskim są przez Przedsiębiorstwo społeczne przestrzegane

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

Daty i podpisy osób reprezentujących przedsiębiorstwo społeczne Data i podpis księgowego

Załączniki :

1. Kserokopia listy płac osoby zatrudnionej wraz z potwierdzeniem odbioru wynagrodzenia,
2. Kserokopia deklaracji ZUS P RCA, RSA, DRA wraz z potwierdzeniem opłacenia składek za miesiące rozliczeniowe /polecenie przelewu lub wyciąg z banku/, potwierdzona pieczątką nagłówkową pracodawcy i pieczątką imienną osoby potwierdzającej.
3. Kserokopia listy obecności, potwierdzona pieczątką nagłówkową pracodawcy i pieczątką imienną osoby potwierdzającej.,
4. Aktualne zaświadczenie z ZUS o niezaleganiu w opłacaniu składek.

*(Kserokopie dokumentów prosimy uwierzytelnić)*