Załącznik nr 2

do Zasad dokonywania przez Powiatowy Urząd Pracy w Świebodzinie zwrotu składek na ubezpieczenie społeczne, o których mowa w art. 21 ustawy z dnia 5 sierpnia 2022 r. o ekonomii społecznej

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

(nazwa przedsiębiorstwa społecznego)

**Powiatowy Urząd Pracy**

**w Świebodzinie**

**WNIOSEK PRZEDSIĘBIORSTWA SPOŁECZNEGO O FINANSOWANIE SKŁADEK**

**za miesiąc ………………………… r.**

**I. 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 ubezpieczenia społeczne |  | |

**II. Dane rozliczeniowe[[1]](#footnote-1):**

1. Dane osoby, której dotyczy rozliczenie:

Imię i nazwisko: ......................................................

PESEL ......................................................................

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

1. Dane osoby, której dotyczy rozliczenie:

Imię i nazwisko: ......................................................

PESEL ......................................................................

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

1. Dane osoby, której dotyczy rozliczenie:

Imię i nazwisko: ......................................................

PESEL ......................................................................

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

1. Dane osoby, której dotyczy rozliczenie:

Imię i nazwisko: ......................................................

PESEL ......................................................................

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

**III.** Wnioskowana kwota do refundacji …………………………………………………………………………...….

Słownie: ………………………………………………………………………………………………………………….…….

**III.** Należne środki proszę przekazać na rachunek bankowy przedsiębiorstwa społecznego:

Nazwa banku: ....................................................................................................................

Numer rachunku bankowego:

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

**IV.** Oświadczam, że składki nie są finansowane ani refundowane z innych środków publicznych, w tym ze środków PFRON lub budżetu Unii Europejskiej[[2]](#footnote-2).

**V.** Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

**VI.** Do wniosku dołączam:

1. deklarację ZUS (DRA) za dany miesiąc,
2. dowody opłacenia składek ZUS,
3. imienny raport miesięczny o należnych składkach i wypłaconych świadczeniach ZUS RCA,
4. imienny raport miesięczny o należnych składkach i wypłaconych świadczeniach ZUS RSA (w przypadku przerw w zatrudnieniu).

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

data i podpisy osób reprezentujących przedsiębiorstwo społeczne

1. W przypadku większej liczby osób należy dodać kolejne wiersze [↑](#footnote-ref-1)
2. 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-2)