UWAGA: Wniosek wypełnij czytelnie, uzupełnij każdy punkt wniosku. Wszystkich poprawek dokonaj poprzez skreślenie i zaparafowanie. Jeżeli jakieś rubryki nie znajdą w Twoim przypadku zastosowania, wpisz „nie dotyczy”, „brak” lub „-”.

| WYPEŁNIA URZĄD: Wniosek nr **WPI.680. .2025** |
| --- |

Miejscowość: …………………, data: .............................

Pieczęć wnioskodawcy: ..................................................

**Powiatowy Urząd Pracy w Myślenicach**

**Wniosek przedsiębiorstwa społecznego o zawarcie umowy w sprawie finansowania składek pracowników zagrożonych wykluczeniem społecznym[[1]](#footnote-1)**

Złożony na podstawie art. 21 Ustawy z dnia 5 sierpnia 2022 r. o ekonomii społecznej (t.j.: Dz. U. 2025 poz. 806, z późn. zm.) oraz art. 300 ust. 2 pkt 30 Ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz. U. 2025 poz. 620)

# DANE WNIOSKODAWCY

* 1. Pełna nazwa przedsiębiorstwa społecznego: ……………………………………………………….  
     …………………………………………………………………………………………………………….
  2. Adres siedziby: ……………………………………………………...…………………………………..
  3. Adres do korespondencji: ………………………………………………………………………………
  4. NIP: …………………….……….…….; REGON: ……………………………………………….…….
  5. Nr KRS lub numer innej ewidencji lub innego rejestru z podaniem nazwy tego rejestru: …………….………………………………………………………………………………..……
  6. Data uzyskania statusu przedsiębiorstwa społecznego: ……………………………………………
  7. Forma organizacyjno-prawna prowadzonej działalności wnioskodawcy: …………………………
  8. Symbol podklasy rodzaju prowadzonej działalności zgodnie z PKD: ……………………….……..
  9. Numer telefonu: ………………..………… adres e-mail: ………………………………..…………...
  10. Osoba uprawniona do występowania w imieniu wnioskodawcy:

Imię i nazwisko: ………………………………..; stanowisko: ………………….……………………..

* 1. Dane osoby do kontaktu w sprawie złożonego wniosku:

Imię i nazwisko: ………………………………..; stanowisko: …………………....…………………..; nr tel.: ………………………………..; adres email: ………………………….………………………..

* 1. Nazwa banku albo spółdzielczej kasy oszczędnościowo-kredytowej: ………….………………….
  2. Numer rachunku bankowego albo rachunku w spółdzielczej kasie oszczędnościowo-kredytowej: Miejsce na wpisanie pierwszej cyfry nr rachunku bankowegoMiejsce na wpisanie drugiej cyfry nr rachunku bankowego Miejsce na wpisanie trzeciej cyfry nr rachunku bankowegoMiejsce na wpisanie czwartej cyfry nr rachunku bankowegoMiejsce na wpisanie piątej cyfry nr rachunku bankowegoMiejsce na wpisanie szóstej cyfry nr rachunku bankowego Miejsce na wpisanie siódmej cyfry nr rachunku bankowegoMiejsce na wpisanie ósmej cyfry nr rachunku bankowegoMiejsce na wpisanie dziewiątej cyfry nr rachunku bankowegoMiejsce na wpisanie dziesiątej cyfry nr rachunku bankowego Miejsce na wpisanie jedenastej cyfry nr rachunku bankowegoMiejsce na wpisanie dwunastej cyfry nr rachunku bankowegoMiejsce na wpisanie trzynastej cyfry nr rachunku bankowegoMiejsce na wpisanie czternastej cyfry nr rachunku bankowego Miejsce na wpisanie piętnastej cyfry nr rachunku bankowegoMiejsce na wpisanie szesnastej cyfry nr rachunku bankowegoMiejsce na wpisanie siedemnastej cyfry nr rachunku bankowegoMiejsce na wpisanie osiemnastej cyfry nr rachunku bankowego Miejsce na wpisanie dziewiętnastej cyfry nr rachunku bankowegoMiejsce na wpisanie dwudziestej cyfry nr rachunku bankowegoMiejsce na wpisanie dwudziestej pierwszej cyfry nr rachunku bankowegoMiejsce na wpisanie dwudziestej drugiej cyfry nr rachunku bankowego Miejsce na wpisanie dwudziestej trzeciej cyfry nr rachunku bankowegoMiejsce na wpisanie dwudziestej czwartej cyfry nr rachunku bankowegoMiejsce na wpisanie dwudziestej piątej cyfry nr rachunku bankowegoMiejsce na wpisanie dwudziestej szóstej cyfry nr rachunku bankowego
  3. Liczba pracowników zatrudnionych w dniu składania wniosku ogółem: ………..……….....…...
  4. Liczba pracowników zatrudnionych w dniu składania wniosku w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy: ……………..……………………………………………………….………..…...…..….

# DANE DOTYCZĄCE WNIOSKOWANEGO WSPARCIA

* 1. **Wnioskuję o przyznanie wsparcia w postaci finansowania składek na ubezpieczenie emerytalne, rentowe, chorobowe i wypadkowe za zatrudnione osoby zagrożone wykluczeniem społecznym, zgodnie z ZAŁĄCZNIKIEM NR 1 niniejszego wniosku.**
  2. Łączna kwota składek o sfinansowanie, której wnioskuję: ………………………………………..
  3. Łączna liczba zatrudnionych osób zagrożonych wykluczeniem społecznym, za których wnioskuję o finansowanie składek: …………………………………….…………………………….
  4. Stopa procentowa składki na ubezpieczenie wypadkowe: ……………………………………..…
  5. W jakim okresie przedsiębiorstwo rozlicza składki ZUS od wynagrodzenia danego miesiąca (zaznacz właściwe):
* W deklaracji ZUS DRA dotyczącej danego miesiąca (np. wynagrodzenie dotyczące marca 2025 r. ujmowane jest w deklaracji rozliczeniowej ZUS DRA 01.03.2025)
* W deklaracji ZUS DRA dotyczącej kolejnego miesiąca (np. wynagrodzenie dotyczące marca 2025 r. ujmowane jest w deklaracji rozliczeniowej ZUS DRA 01.04.2025)
  1. Czy jesteś beneficjentem pomocy de minimis[[2]](#footnote-2)?**:**
* TAK
* NIE

# OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

Oświadczam, że:

1. nie jestem w stanie likwidacji bądź upadłości,
2. nie zalegam z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Solidarnościowy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych,
3. nie zalegam z opłacaniem w terminie innych danin publicznych,
4. nie posiadam nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych,
5. w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku nie byłem/łam karany za przestępstwa przeciwko obrotowi gospodarczemu, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (t.j.: Dz. U. 2025 poz. 383) lub ustawy z dnia 28 października 2002 r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary (t.j.: Dz.U. 2024 poz. 1822),
6. nie posiadam zakazu dostępu do środków, o których mowa w art. 5 ust. 3 pkt 1 i 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009r. o finansach publicznych (t.j.: Dz.U. 2024 poz. 1530, z późn. zm.);
7. spełniam warunki określone w art. 21 Ustawy z dnia 5 sierpnia 2022 r. o ekonomii społecznej (t.j.: Dz. U. 2025 poz. 806, z późn. zm.),
8. spełniam warunki określone w 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 (Dz. Urz. UE L, 2023/2831 z 15.12.2023) (w tym, nie podlegam wyłączeniom, wynikającym z art. 1 ust. 1 tego rozporządzenia) lub (w przypadku ubiegania się o pomoc de minimis w rolnictwie) spełniam warunki określone w 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 (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013 r. str. 9),
9. nie otrzymałem/łam decyzji Komisji Europejskiej o obowiązku zwrotu pomocy uzyskanej w okresie wcześniejszym uznającej pomoc za niezgodną z prawem i ze wspólnym rynkiem;
10. zobowiązuję się do złożenia w dniu podpisania umowy dodatkowego oświadczenia o uzyskanej pomocy publicznej, jeżeli w okresie od dnia złożenia niniejszego wniosku do dnia podpisania umowy z Powiatowym Urzędem Pracy w Myślenicach otrzymam pomoc publiczną,
11. w okresie 365 dni przed dniem złożenia wniosku nie zostałem/łam ukarany/na lub skazany/na prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy oraz nie jestem objęty/ta postepowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy,
12. jestem świadomy/ma obowiązku wynikającego z art. 6 Ustawy z dnia 5 sierpnia 2022 r. o ekonomii społecznej (t.j.: Dz. U. 2025 poz. 806, z późn. zm.) oraz zobowiązuję się do opracowania i realizacji indywidualnego planu reintegracyjnego dla każdej zatrudnionej osoby zagrożonej wykluczeniem społecznym, do której zostanie udzielony instrument wsparcia, o którym mowa w art. 21 tejże ustawy, przez okres nie krótszy niż okres, na jaki został udzielony ten instrument,
13. składki, o które wnioskuję nie są, nie były i nie będą finansowane ani refundowane z innych środków publicznych, w tym ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) lub budżetu Unii Europejskiej,
14. zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić Powiatowy Urząd Pracy w Myślenicach w przypadku utraty statusu przedsiębiorstwa społecznego,
15. wypełniłem/łam obowiązki informacyjne wynikające z rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE.L Nr 119) wobec osób objętych niniejszym wnioskiem, w związku z ubieganiem się w Powiatowym Urzędzie Pracy w Myślenicach o wsparcie w postaci finansowania składek pracowników zagrożonych wykluczeniem społecznym,
16. oświadczam, że informacje podane przeze mnie w niniejszym wniosku oraz załącznikach do wniosku są zgodne z prawdą oraz, że jestem świadomy/ma odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (t.j.: Dz. U. 2025 poz. 383) za złożenie fałszywego oświadczenia lub zatajenie prawdy.

Data i czytelny podpis osoby upoważnionej do reprezentowania przedsiębiorstwa:   
.....................................................................................................……………………

# SPIS ZAŁĄCZNIKÓW NIEZBĘDNYCH DO ROZPATRZENIA WNIOSKU

1. Dane osób zatrudnionych objętych wnioskiem o finansowanie składek.
2. Oświadczenie o niepodleganiu sankcjom w związku z agresją Federacji Rosyjskiej na Ukrainę.
3. Klauzula informacyjna w zakresie przetwarzania danych osobowych wnioskodawcy.
4. Oświadczenie o uzyskanej pomocy de minimis oraz pomocy de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie – dotyczy beneficjentów pomocy de minimis lub pomocy de minimis w rolnictwie.
5. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis lub (jeżeli dotyczy) formularz informacji przedstawionych przy ubieganiu się o pomoc de minimis, stanowiący załącznik rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 11 czerwca 2010 r. w sprawie informacji składanych przez podmioty ubiegające się o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie (Dz. U. nr 121, poz. 810) - dotyczy beneficjentów pomocy de minimis lub pomocy de minimis w rolnictwie.
6. W przypadku braku wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej kopia podstawy prawnej prowadzonej działalności.
7. Umocowanie do reprezentowania wnioskodawcy w sytuacji gdy osoba podpisująca wniosek i umowę nie jest upoważniona do reprezentowania wnioskodawcy w stosownym dokumencie rejestrowym.
8. Uwierzytelnione kopie umów o pracę oraz świadectw pracy osób objętych wnioskiem, potwierdzające okres zatrudnienia w przedsiębiorstwie społecznym.

**Wszystkie załączniki będące kserokopiami muszą być poświadczone za zgodność z oryginałem.**

**Dyrektor rozpatrując wniosek może żądać od Wnioskodawcy dodatkowych informacji, wyjaśnień lub przedłożenia dokumentów, mających wpływ na rozpatrzenie i realizację wniosku.**

**Złożony wniosek wraz z dokumentacją nie podlega zwrotowi**

Czytelny podpis osoby upoważnionej do reprezentowania przedsiębiorstwa: ………………………..

# Załącznik nr 1. DANE OSÓB ZATRUDNIONYCH OBJĘTYCH WNIOSKIEM O FINANSOWANIE SKŁADEK

Miejscowość: …………………….., data: ………..……………………...

Pieczęć: …………………………………

## Do osób zagrożonych wykluczeniem społecznym należą:

* 1. bezrobotny, o którym mowa w art. 2 pkt 1 ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz. U. 2025 poz. 620);
  2. bezrobotny długotrwale, o którym mowa w art. 2 pkt 4 ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz. U. 2025 poz. 620);
  3. poszukujący pracy, o którym mowa w art. 2 pkt 24 ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz. U. 2025 poz. 620), bez zatrudnienia:
* w wieku do 30. roku życia oraz po ukończeniu 50. roku życia lub
* niewykonujący innej pracy zarobkowej, o której mowa w art. 2 pkt 9 ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia;
  1. osoba niepełnosprawna w rozumieniu art. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j.: Dz.U. 2024 poz. 44);
  2. absolwent centrum integracji społecznej oraz absolwenta klubu integracji społecznej, o których mowa w art. 2 pkt 1a i 1b ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym (t.j.: Dz.U. 2025 poz. 83);
  3. osoba spełniającą kryteria uprawniające do świadczeń pomocy społecznej tj. 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. 2024 poz. 1283, z późn. zm.);
  4. osoba uprawniona do specjalnego zasiłku opiekuńczego, o której mowa w art. 16a ust. 1 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (t.j.: Dz.U. 2024 poz. 323, z późn. zm.);
  5. 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 (t.j.: Dz.U. 2024 poz. 177, z późn. zm.) oraz art. 88 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t.j.: Dz.U. 2024 poz. 1283, z późn. zm.);
  6. osoba z zaburzeniami psychicznymi, o której mowa w art. 3 pkt 1 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (t.j.: Dz.U. 2024 poz. 917);
  7. osoba pozbawiona wolności, osoba opuszczająca zakład karny oraz pełnoletnia osoba opuszczająca zakład poprawczy;
  8. osoba starsza, o której mowa w art. 4 pkt 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych (Dz. U. 2015 poz. 1705, z późn.zm.) tj. osoba która ukończyła 60 rok życia;
  9. osoba, która uzyskała w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą.

## Zatrudnienie oznacza wykonywanie pracy na podstawie stosunku pracy, stosunku służbowego oraz umowy o pracę nakładczą.

## Dane pracowników, o finansowanie składek których wnioskuję:

## PRACOWNIK NR 1

* 1. Imię i nazwisko pracownika: …………………………………………………..….………………….
  2. PESEL: ……………………………………………………………………………...………………….
  3. Data zatrudnienia w przedsiębiorstwie społecznym: …………………………..………………….
  4. Przynależność osoby bezpośrednio przed zatrudnieniem w przedsiębiorstwie społecznym do osób zagrożonych wykluczeniem społecznym (wpisz zgodnie z określeniami podanymi w punkcie I niniejszego załącznika): ..……………………………………………………………….…  
     ……………………………….……………………………………………………….……………….….
  5. Wszystkie okresy zatrudnienia w przedsiębiorstwie społecznym (daty od – do): .........………..  
     …………………………………………………………………………………………………………….
  6. Okres, na który zawarto aktualny stosunek pracy z pracownikiem (data od – do): ….…………  
     …………………………………………………………………………………………………………….
  7. Okres do objęcia finansowaniem składek o jaki wnioskujesz:
* liczba miesięcy: …………………………………………………………………………………
* data od – do: ..…………………………………………………………………………………..
  1. Wynagrodzenie brutto w okresie, o którym mowa w pkt 7: ………………...……………………...
  2. Łączna kwota składek o sfinansowanie której wnioskujesz (w zł): ………….…………………....
  3. Czy w związku z zatrudnieniem danego pracownika korzystałeś/łaś już z finansowania składek w ramach art. 21 Ustawy z dnia 5 sierpnia 2022 r. o ekonomii społecznej:
* NIE
* TAK. Wskaż okres za jaki uzyskałeś wsparcie: …………………………………………….
  1. Czy składki, o finansowanie których wnioskujesz są/były/będą finansowane lub refundowane z innych środków publicznych (w tym np. z PFRON lub budżetu Unii Europejskiej)?
* NIE
* TAK. Wskaż w jakiej wysokości, okres oraz źródło ich finansowania: …………………...  
  …………………………………………………………………………………………………….

## PRACOWNIK NR 2

* 1. Imię i nazwisko pracownika: …………………………………………………..….………………….
  2. PESEL: ……………………………………………………………………………...………………….
  3. Data zatrudnienia w przedsiębiorstwie społecznym: …………………………..………………….
  4. Przynależność osoby bezpośrednio przed zatrudnieniem w przedsiębiorstwie społecznym do osób zagrożonych wykluczeniem społecznym (wpisz zgodnie z określeniami podanymi w punkcie I niniejszego załącznika): ..……………………………………………………………….…  
     ……………………………….……………………………………………………….……………….….
  5. Wszystkie okresy zatrudnienia w przedsiębiorstwie społecznym (daty od – do): .........………..  
     …………………………………………………………………………………………………………….
  6. Okres, na który zawarto aktualny stosunek pracy z pracownikiem (data od – do): ….…………  
     …………………………………………………………………………………………………………….
  7. Okres do objęcia finansowaniem składek o jaki wnioskujesz:
* liczba miesięcy: …………………………………………………………………………………
* data od – do: ..…………………………………………………………………………………..
  1. Wynagrodzenie brutto w okresie, o którym mowa w pkt 7: ……………….....…………………….
  2. Łączna kwota składek o sfinansowanie której wnioskujesz (w zł): ………….…………………....
  3. Czy w związku z zatrudnieniem danego pracownika korzystałeś/łaś już z finansowania składek w ramach art. 21 Ustawy z dnia 5 sierpnia 2022 r. o ekonomii społecznej:
* NIE
* TAK. Wskaż okres za jaki uzyskałeś wsparcie: …………………………………………….
  1. Czy składki, o finansowanie których wnioskujesz są/były/będą finansowane lub refundowane z innych środków publicznych (w tym np. z PFRON lub budżetu Unii Europejskiej)?
* NIE
* TAK. Wskaż w jakiej wysokości, okres oraz źródło ich finansowania: …………………...  
  …………………………………………………………………………………………………….

## PRACOWNIK NR 3

1. Imię i nazwisko pracownika: …………………………………………………..….………………….
2. PESEL: ……………………………………………………………………………...………………….
3. Data zatrudnienia w przedsiębiorstwie społecznym: …………………………..………………….
4. Przynależność osoby bezpośrednio przed zatrudnieniem w przedsiębiorstwie społecznym do osób zagrożonych wykluczeniem społecznym (wpisz zgodnie z określeniami podanymi w punkcie I niniejszego załącznika): ..……………………………………………………………….…  
   ……………………………….……………………………………………………….……………….
5. Wszystkie okresy zatrudnienia w przedsiębiorstwie społecznym (daty od – do): .........………..  
   …………………………………………………………………………………………………………
6. Okres, na który zawarto aktualny stosunek pracy z pracownikiem (data od – do): ….…………  
   …………………………………………………………………………………………………………
7. Okres do objęcia finansowaniem składek o jaki wnioskujesz:

* liczba miesięcy: …………………………………………………………………………………
* data od – do: ..…………………………………………………………………………………..

1. Wynagrodzenie brutto w okresie, o którym mowa w pkt 7: ………………...……………………...
2. Łączna kwota składek o sfinansowanie której wnioskujesz (w zł): ………….…………………....
3. Czy w związku z zatrudnieniem danego pracownika korzystałeś/łaś już z finansowania składek w ramach art. 21 Ustawy z dnia 5 sierpnia 2022 r. o ekonomii społecznej:

* NIE
* TAK. Wskaż okres za jaki uzyskałeś wsparcie: …………………………………………….

1. Czy składki, o finansowanie których wnioskujesz są/były/będą finansowane lub refundowane z innych środków publicznych (w tym np. z PFRON lub budżetu Unii Europejskiej)?

* NIE
* TAK. Wskaż w jakiej wysokości, okres oraz źródło ich finansowania: …………………...  
  …………………………………………………………………………………………………….

## PRACOWNIK NR 4

1. Imię i nazwisko pracownika: …………………………………………………..….………………….
2. PESEL: ……………………………………………………………………………...………………….
3. Data zatrudnienia w przedsiębiorstwie społecznym: …………………………..………………….
4. Przynależność osoby bezpośrednio przed zatrudnieniem w przedsiębiorstwie społecznym do osób zagrożonych wykluczeniem społecznym (wpisz zgodnie z określeniami podanymi w punkcie I niniejszego załącznika): ..……………………………………………………………….…  
   ……………………………….……………………………………………………….……………….
5. Wszystkie okresy zatrudnienia w przedsiębiorstwie społecznym (daty od – do): .........………..  
   …………………………………………………………………………………………………………
6. Okres, na który zawarto aktualny stosunek pracy z pracownikiem (data od – do): ….…………  
   …………………………………………………………………………………………………………
7. Okres do objęcia finansowaniem składek o jaki wnioskujesz:

* liczba miesięcy: …………………………………………………………………………………
* data od – do: ..…………………………………………………………………………………..

1. Wynagrodzenie brutto w okresie, o którym mowa w pkt 7: ………………...……………………...
2. Łączna kwota składek o sfinansowanie której wnioskujesz (w zł): ………….…………………....
3. Czy w związku z zatrudnieniem danego pracownika korzystałeś/łaś już z finansowania składek w ramach art. 21 Ustawy z dnia 5 sierpnia 2022 r. o ekonomii społecznej:

* NIE
* TAK. Wskaż okres za jaki uzyskałeś wsparcie: …………………………………………….

1. Czy składki, o finansowanie których wnioskujesz są/były/będą finansowane lub refundowane z innych środków publicznych (w tym np. z PFRON lub budżetu Unii Europejskiej)?

* NIE
* TAK. Wskaż w jakiej wysokości, okres oraz źródło ich finansowania: …………………...  
  …………………………………………………………………………………………………….

## PRACOWNIK NR 5

1. Imię i nazwisko pracownika: …………………………………………………..….………………….
2. PESEL: ……………………………………………………………………………...………………….
3. Data zatrudnienia w przedsiębiorstwie społecznym: …………………………..………………….
4. Przynależność osoby bezpośrednio przed zatrudnieniem w przedsiębiorstwie społecznym do osób zagrożonych wykluczeniem społecznym (wpisz zgodnie z określeniami podanymi w punkcie I niniejszego załącznika): ..……………………………………………………………….…  
   ……………………………….……………………………………………………….……………….
5. Wszystkie okresy zatrudnienia w przedsiębiorstwie społecznym (daty od – do): .........………..  
   …………………………………………………………………………………………………………
6. Okres, na który zawarto aktualny stosunek pracy z pracownikiem (data od – do): ….…………  
   …………………………………………………………………………………………………………
7. Okres do objęcia finansowaniem składek o jaki wnioskujesz:

* liczba miesięcy: …………………………………………………………………………………
* data od – do: ..…………………………………………………………………………………..

1. Wynagrodzenie brutto w okresie, o którym mowa w pkt 7: ………………...……………………...
2. Łączna kwota składek o sfinansowanie której wnioskujesz (w zł): ………….…………………....
3. Czy w związku z zatrudnieniem danego pracownika korzystałeś/łaś już z finansowania składek w ramach art. 21 Ustawy z dnia 5 sierpnia 2022 r. o ekonomii społecznej:

* NIE
* TAK. Wskaż okres za jaki uzyskałeś wsparcie: …………………………………………….

1. Czy składki, o finansowanie których wnioskujesz są/były/będą finansowane lub refundowane z innych środków publicznych (w tym np. z PFRON lub budżetu Unii Europejskiej)?

* NIE
* TAK. Wskaż w jakiej wysokości, okres oraz źródło ich finansowania: …………………...  
  …………………………………………………………………………………………………….

## PRACOWNIK NR 6

1. Imię i nazwisko pracownika: …………………………………………………..….………………….
2. PESEL: ……………………………………………………………………………...………………….
3. Data zatrudnienia w przedsiębiorstwie społecznym: …………………………..………………….
4. Przynależność osoby bezpośrednio przed zatrudnieniem w przedsiębiorstwie społecznym do osób zagrożonych wykluczeniem społecznym (wpisz zgodnie z określeniami podanymi w punkcie I niniejszego załącznika): ..……………………………………………………………….…  
   ……………………………….……………………………………………………….……………….
5. Wszystkie okresy zatrudnienia w przedsiębiorstwie społecznym (daty od – do): .........………..  
   …………………………………………………………………………………………………………
6. Okres, na który zawarto aktualny stosunek pracy z pracownikiem (data od – do): ….…………  
   …………………………………………………………………………………………………………
7. Okres do objęcia finansowaniem składek o jaki wnioskujesz:

* liczba miesięcy: …………………………………………………………………………………
* data od – do: ..…………………………………………………………………………………..

1. Wynagrodzenie brutto w okresie, o którym mowa w pkt 7: ………………...……………………...
2. Łączna kwota składek o sfinansowanie której wnioskujesz (w zł): ………….…………………....
3. Czy w związku z zatrudnieniem danego pracownika korzystałeś/łaś już z finansowania składek w ramach art. 21 Ustawy z dnia 5 sierpnia 2022 r. o ekonomii społecznej:

* NIE
* TAK. Wskaż okres za jaki uzyskałeś wsparcie: …………………………………………….

1. Czy składki, o finansowanie których wnioskujesz są/były/będą finansowane lub refundowane z innych środków publicznych (w tym np. z PFRON lub budżetu Unii Europejskiej)?

* NIE
* TAK. Wskaż w jakiej wysokości, okres oraz źródło ich finansowania: …………………...  
  …………………………………………………………………………………………………….

## PRACOWNIK NR 7

1. Imię i nazwisko pracownika: …………………………………………………..….………………….
2. PESEL: ……………………………………………………………………………...………………….
3. Data zatrudnienia w przedsiębiorstwie społecznym: …………………………..………………….
4. Przynależność osoby bezpośrednio przed zatrudnieniem w przedsiębiorstwie społecznym do osób zagrożonych wykluczeniem społecznym (wpisz zgodnie z określeniami podanymi w punkcie I niniejszego załącznika): ..……………………………………………………………….…  
   ……………………………….……………………………………………………….……………….
5. Wszystkie okresy zatrudnienia w przedsiębiorstwie społecznym (daty od – do): .........………..  
   …………………………………………………………………………………………………………
6. Okres, na który zawarto aktualny stosunek pracy z pracownikiem (data od – do): ….…………  
   …………………………………………………………………………………………………………
7. Okres do objęcia finansowaniem składek o jaki wnioskujesz:

* liczba miesięcy: …………………………………………………………………………………
* data od – do: ..…………………………………………………………………………………..

1. Wynagrodzenie brutto w okresie, o którym mowa w pkt 7: ………………...……………………...
2. Łączna kwota składek o sfinansowanie której wnioskujesz (w zł): ………….…………………....
3. Czy w związku z zatrudnieniem danego pracownika korzystałeś/łaś już z finansowania składek w ramach art. 21 Ustawy z dnia 5 sierpnia 2022 r. o ekonomii społecznej:

* NIE
* TAK. Wskaż okres za jaki uzyskałeś wsparcie: …………………………………………….

1. Czy składki, o finansowanie których wnioskujesz są/były/będą finansowane lub refundowane z innych środków publicznych (w tym np. z PFRON lub budżetu Unii Europejskiej)?

* NIE
* TAK. Wskaż w jakiej wysokości, okres oraz źródło ich finansowania: …………………...  
  …………………………………………………………………………………………………….

**Czytelny podpis osoby upoważnionej do reprezentowania przedsiębiorstwa: ……………………**

# Załącznik nr 2. OŚWIADCZENIE O NIEPODLEGANIU SANKCJOM W ZWIĄZKU Z AGRESJĄ FEDERACJI ROSYJSKIEJ NA UKRAINĘ

Miejscowość: …………………….., data: ………..……………………...

Pieczęć: ………………………………………

**Oświadczenie o niepodleganiu sankcjom w związku z agresją Federacji Rosyjskiej na Ukrainę**

Oświadczam, że nie jestem związany z osobami lub podmiotami, względem których stosowane są środki sankcyjne nałożone w związku z agresją Federacji Rosyjskiej na Ukrainę, i które figurują na stosownych listach, zarówno unijnych, jak i krajowych oraz że sam nie znajduję się na takiej liście. Ponadto nie stanowię oraz nie jestem powiązany z osobą prawną, podmiotem lub organem z siedzibą w Rosji, który w ponad 50 % jest własnością publiczną lub jest pod kontrolą publiczną.

Jednocześnie zobowiązuje się do złożenia stosownego oświadczenia, w przypadku wystąpienia takiego powiązania bądź gdy zostanę objęty sankcjami, o których mowa powyżej od dnia złożenia niniejszego wniosku do dnia zawarcia umowy oraz w trakcie jej realizacji. Oświadczenie zostanie złożone niezwłocznie od wystąpienia zdarzenia opisanego w zdaniu poprzednim.

Czytelny podpis wnioskodawcy: …………………….…………………………………………………..

Niniejsze oświadczenie służy stosowaniu:

1. 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;
2. rozporządzenia Rady (UE) nr 269/2014 z dnia 17 marca 2014 r. w sprawie środków ograniczających w odniesieniu do działań podważających integralność terytorialną, suwerenność i niezależność Ukrainy lub im zagrażających;
3. rozporządzenia Rady (UE) nr 833/2014 z dnia 31 lipca 2014 r. dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie.

Listy osób i podmiotów, względem których stosowane są środki sankcyjne znajdują się w załącznikach do regulacji unijnych oraz w rejestrze zamieszczonym na stronie Biuletynu Informacji Publicznej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji.

**Wypełnia Powiatowy Urząd Pracy:**

Weryfikacji podmiotu dokonano w dniu ……………… wynik: POZYTYWNY/NEGATYWNY

Podpis pracownika PUP: …………………………………

# Załącznik nr 3. KLAUZULA INFORMACYJNA W ZAKRESIE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH WNIOSKODAWCY

Zgodnie z art. 13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE.L Nr 119), zwanego dalej RODO, Powiatowy Urząd Pracy w Myślenicach informuje, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Myślenicach, (zwany dalej Urzędem) mający siedzibę przy ul. Drogowców 2, 32-400 Myślenice, tel. 12 372-96-04.
2. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych ma charakter dobrowolny. Jednak odmowa podania danych osobowych skutkuje brakiem możliwości realizacji usług i form wsparcia dla pracodawców.
3. Pani/Pana dane, w tym dane osobowe przetwarzane są w celu:
4. realizacji zadań przez Urząd i wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c RODO;
5. realizacji zadań przez Urząd i wykonywania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej Administratorowi zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. e RODO;
6. realizacji zadań ujętych w ustawie z dnia 5 sierpnia 2022 r. o ekonomii społecznej (t.j.: Dz. U. 2024 poz. 113, z późn. zm.) oraz ustawie z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz. U. 2025 poz. 620) oraz aktów wykonawczych wydanych na ich podstawie.
7. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych mogą być:
8. Podmioty publiczne – na podstawie przepisów prawa;
9. Podmioty, które przetwarzają dane osobowe na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych.
10. Pani/Pana dane, w tym dane osobowe związane z realizacją zadania publicznego będą przechowywane przez okres niezbędny do zakończenia danej formy wsparcia oraz w obowiązkowym okresie przechowywania dokumentacji archiwalnej ustalonej zgodnie z odrębnymi przepisami.
11. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawienia i sprostowania oraz w zakresie wynikających z przepisów do usunięcia, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania.
12. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego właściwego do przetwarzania danych osobowych, jeśli uzna Pani/Pan, że dane te są przetwarzane niezgodnie z przepisami prawa.
13. W sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych może Pani/Pan skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość pisemnie na adres siedziby Urzędu lub na adres poczty elektronicznej: [iod@praca.myslenice.pl](mailto:iod@praca.myslenice.pl).

Otrzymałam/em

Data i podpis: ..……………………………………………………………..

# Załącznik nr 4. OŚWIADCZENIE O UZYSKANEJ POMOCY DE MINIMIS I POMOCY DE MINIMIS W ROLNICTWIE LUB RYBOŁÓWSTWIE

Miejscowość: ……………………………, data: ………………………

Pieczęć podmiotu: ………………………………..

Oświadczam, iż (zaznacz prawdziwe stwierdzenie wpisująca X w odpowiednią kratkę):

* w okresie trzech minionych lat**[[3]](#footnote-3)** **nie uzyskałem/łam** pomocy de minimis i/lub pomocy de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie*.*
* w okresie trzech minionych lat**[[4]](#footnote-4)** **uzyskałem/łam** pomoc de minimis i/lub pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie w następującej wielkości (wypełnij poniższą tabelę):

| Lp. | Podmiot udzielający pomocy | Podstawa prawna otrzymanej pomocy | Dzień udzielenia pomocy | Wartość pomocy brutto | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| w PLN | w EUR |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Łączna wartość de minimis** | | | |  |  |

Informuję, że dane zawarte w niniejszym oświadczeniu są zgodne ze stanem faktycznym.

Pieczątka i podpis podmiotu: …………………………………………

1. Składki oznaczają część wynagrodzenia odpowiadającą składce należnej od zatrudnionego na ubezpieczenia emerytalne, rentowe i chorobowe oraz część kosztów osobowych pracodawcy odpowiadającą składce na ubezpieczenia emerytalne, rentowe i wypadkowe należnej za zatrudnionego. [↑](#footnote-ref-1)
2. to znaczy, czy ubiegasz się o wsparcie w związku z prowadzoną działalnością gospodarczą w rozumieniu art. 2 pkt 17 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej. [↑](#footnote-ref-2)
3. **3 minione lata należy rozumieć w ten sposób, że jeśli składasz niniejsze oświadczenie na przykład w dniu 01 lipca 2025 r., uwzględnieniu podlega pomoc de minimis i pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie udzielona począwszy od dnia 1 lipca 2022 r.** (okres wyrażony w tygodniach, miesiącach lub latach rozpoczyna się na początku pierwszej godziny pierwszego dnia okresu i wygasa wraz z upływem ostatniej godziny dnia ostatniego tygodnia, miesiąca lub roku, który jest takim samym dniem tygodnia lub przypada na tę samą datę, co dzień, w którym okres się rozpoczyna. Jeżeli w okresie wyrażonym w miesiącach lub latach dzień, w którym powinien wygasnąć okres, nie wystąpił w tym miesiącu, okres kończy się wraz z upływem ostatniej godziny ostatniego dnia tego miesiąca) [↑](#footnote-ref-3)
4. Zobacz przypis powyżej. [↑](#footnote-ref-4)