

.....
Nazwa spółdzielni socjalnej

.....
Miejscowość

.....
Data

**Starosta Łomżyński
Powiatowy Urząd Pracy
w Łomży**

**WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY O REFUNDACJĘ OPŁACONYCH SKŁADEK
NA UBEZPIECZENIE SPOŁECZNE CZŁONKÓW I PRACOWNIKÓW SPÓŁDZIELNI
SOCJALNEJ ZATRUDNIONYCH NA PODSTAWIE SPÓŁDZIELCZEJ UMOWY O PRACĘ**

na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 kwietnia 2006r. o spółdzielniach socjalnych (Dz. U. z 2006r. Nr 94 poz. 651 z późn. zm.) oraz w rozporządzeniu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 8 czerwca 2018r. (Dz. U. z 2018 r. poz. 1209).

I. Dane dotyczące spółdzielni socjalnej:

1. Nazwa spółdzielni socjalnej, adres siedziby i miejsce prowadzenia działalności:

.....
.....

numer NIP numer REGON
numer KRS.....

2. Data rozpoczęcia działalności przez spółdzielnię socjalną

3. Wysokość składki na ubezpieczenie wypadkowe (%)

4. Liczba członków spółdzielni socjalnej i pracowników będących osobami, o których mowa w art. 4 ust.1 /
wyżej wymienionej ustawy/ zatrudnionych na zasadach, o których mowa w ust.1 i 1a

5. Nazwa banku i nr rachunku bankowego

.....
.....

6. Imię, nazwisko i stanowisko osoby (osób) upoważnionej (-ych) do podpisania umowy i składania
oświadczeń w zakresie praw i obowiązków majątkowych:

.....
.....

II. Wnioskowany okres refundacji

.....
.....

III. Osoba bezpośrednio współpracująca z Powiatowym Urzędem Pracy

Imię i nazwisko

Stanowisko

Numer telefonu

IV. Dane członków spółdzielni, których składki podlegać będą zwrotowi:

1. Imię i nazwisko:.....
PESEL/ NIP
2. Imię i nazwisko:.....
PESEL/NIP :
3. Imię i nazwisko:.....
PESEL/NIP :
4. Imię i nazwisko:.....
PESEL/NIP :
5. Imię i nazwisko:.....
PESEL/NIP :

.....
Pieczęć imienna i podpis wnioskodawcy

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że:

1. Wnioskowana kwota refundacji, łącznie z pomocą ze środków publicznych, niezależnie od jej formy i źródła pochodzenia, w tym ze środków z budżetu Unii Europejskiej, udzieloną w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikowanych, nie spowoduje przekroczenia dopuszczalnej intensywności pomocy określonej dla danego przeznaczenia pomocy.
2. Nie zalegam w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem w terminie składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy oraz Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych.
3. Nie zalegam w dniu złożenia wniosku z opłaceniem w terminie innych danin publicznych.
4. Nie posiadam w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych.

Świadomy(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego oświadczam, że wszystkie dane i informacje zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.

.....
(data)

.....
(Pieczęć imienna i podpis wnioskodawcy)

OŚWIADCZENIE

1. Oświadczam, że w okresie ostatnich trzech lat przed złożeniem wniosku o zwrot opłaconych składek na ubezpieczenie społeczne spółdzielni socjalnej
- nie uzyskała/ uzyskała pomoc de minimis* w wysokości:.....
- (zaświadczenia *de minimis* w załączeniu)

* niepotrzebne skreślić

.....
(data)

.....
(pieczęćka imienna i podpis wnioskodawcy)

Załączniki do wniosku:

1. Kserokopie spółdzielczych umów o pracę, potwierdzone za zgodność z oryginałem przez osobę upoważnioną.
2. Kserokopia KRS statutu spółdzielni socjalnej, potwierdzona za zgodność z oryginałem przez osobę upoważnioną.
3. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc *de minimis*.