

.....
(pieczęć firmowa Spółdzielni Socjalnej)

.....
(miejsowość, data)

**Starosta Toruński
Powiatowy Urząd Pracy dla Powiatu
Toruńskiego
ul. Towarowa 4-6
87-100 Toruń**

WNIOSEK

o zawarcie umowy o zwrot opłaconych składek na ubezpieczenia społeczne za członków spółdzielni socjalnej zatrudnionych na podstawie spółdzielczej umowy o pracę (na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 kwietnia 2006 r. o spółdzielniach socjalnych (Dz. U. z 2009r. Nr 94, poz. 651z późn. zm.)

I. DANE DOTYCZĄCE SPÓŁDZIELNI SOCJALNEJ

1. Nazwa Spółdzielni socjalnej:
2. Adres siedziby:
3. Adres miejsca prowadzenia działalności:
4. Data rozpoczęcia działalności przez spółdzielnię socjalną
5. Nr KRS
6. REGON
7. NIP
8. PKD działalności
9. Nazwa banku:
Numer rachunku bankowego:
10. **Stopa ubezpieczenia wypadkowego:** %
11. Kontakt z Pracodawcą:
(Imię i nazwisko, stanowisko/funkcja, nr telefonu)
12. Liczba członków spółdzielni socjalnej wynosi osób według stanu na dzień
13. Osoby/osoba upoważnione do podpisania umowy:
 - a)
 - b)
(Imię i nazwisko, stanowisko/funkcja)

II. DANE DOTYCZĄCE CZŁONKÓW SPÓŁDZIELNI SOCJALNEJ, KTÓRYCH SKŁADKI BĘDĄ PODLEGAĆ ZWROTOWI.

L.p.	Nazwisko, imię	Pesel	NIP	Okres na który został zawarty stosunek pracy między spółdzielnią socjalną a jej członkiem	Przynależność osoby przed przystąpieniem do spółdzielni socjalnej* (wpisać A, B lub C)
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					

* Przynależność osoby przed przystąpieniem do spółdzielni socjalnej (Wybrać właściwy)

A osoby bezrobotne w rozumieniu art. 2 ust 1 pkt 2 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2017 r. poz. 1065 z późn. zm.)

B osoby o których mowa w art. 1 ust. 2 pkt 1-4, 6,7 ustawy z dnia 13 czerwca 2003r. o zatrudnieniu socjalnym (Dz. U. nr 122, poz. 1143, z późn. zm.)

C osoby niepełnosprawne w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2008 r. nr 14, poz. 92, z późn. zm.).

III. Czy spółdzielnia będzie wnioskować co miesiąc o zaliczkę na opłacanie składek za członków spółdzielni?

IV. OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że:

1. Dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.
2. W okresie ostatnich trzech lat przed złożeniem wniosku o zwrot opłaconych składek na ubezpieczenia społeczne spółdzielnia socjalna nie uzyskała pomocy *de minimis** / uzyskała pomoc *de minimis* w wysokości: (zaświadczenia *de minimis* w załączeniu) *
3. Zalegamy/nie zalegamy z płatnościami w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych z tytułu opłacanych składek.*

*niepotrzebne skreślić

.....
(data i czytelny podpis osoby upoważnionej)

Załączniki: (kserokopie potwierdzone za zgodność z oryginałem)

1. Wpis do KRS.
2. REGON., NIP.
3. Spółdzielcze umowy o pracę bądź inne potwierdzające zatrudnienie w spółdzielni .
4. Statut spółdzielni socjalnej
5. Załącznik nr 1 – Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis.

