Załącznik nr 14 do Zarządzenia Nr 9/2025

Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy

w Ropczycach z dnia 10.02.2025r.

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

 pieczęć firmowa data wpływu do PUP

**WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY O REFUNDACJĘ**

**SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE PRACOWNIKÓW**

**PRZEDSIĘBIORSTWA SPOŁECZNEGO**

*Na zasadach określonych w* *ustawie z dnia 5 sierpnia 2022r. o ekonomii społecznej (tj. Dz.U. z 2024r. poz.113 ze zm.) oraz w ustawie z dnia 20.04.2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tj. Dz.U. z 2025r. poz.214)*

1. **OZNACZENIE WNIOSKODAWCY**

Wnioskujący w rozumieniu ustawy z dnia 30.04.2004r. o postepowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (t.j. Dz.U. z 2023r. poz. 702 ze zm.) jest : *(właściwe zaznaczyć)*

* **pracodawcą nie będącym beneficjentem pomocy publicznej**
* **pracodawcą będącym beneficjentem pomocy publicznej** (do wniosku należy dołączyć: 1. Oświadczenie o pomocy de minimis i pomocy de minimis w rolnictwie i rybołówstwie otrzymanej przez wnioskodawcę - załącznik nr 1 do wniosku.
1. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis - załącznik nr 2 do wniosku.

druki dostępne do pobrania ze strony internetowej [www.ropczyce.gov.pl](http://www.ropczyce.gov.pl) )

|  |
| --- |
| **II. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY** |
| nazwa przedsiębiorstwa społecznego |  |
| **ADRES I SIEDZIBA** |
| ulica |  | nr |  | lok. |  |
| miejscowość |  | kod pocztowy |  |
| powiat  |  | województwo |  |
| telefon |  | telefon komórkowy |  |
| numer faksu  |  | e-mail |  |
| strona www |  | NIP |  |
| REGON |  | PKD |  |
| adres miejsca wykonywania działalności (główny i dodatkowe)  |  |
| **DANE DODATKOWE** |
| forma organizacyjno -prawna  |  |
| data rozpoczęcia działalności |  |
| data uzyskania statusu przedsiębiorstwa społecznego |  |
| nazwa banku i numer konta |  |
| imię i nazwisko oraz stanowisko osoby reprezentującej pracodawcę przy podpisywaniu umowy |
|  …………………………………… ..………………………………… ……………………………… imię i nazwisko stanowisko wzór podpisulub  .…………………………………. .…………………………….……. ..……………..…………..…. imię i nazwisko stanowisko wzór podpisu |
| imię i nazwisko osoby do kontaktu |  |
| nr telefonu |  |
| e-mail |  |

|  |
| --- |
| **WYSOKOŚĆ OPŁACONYCH SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE WYPADKOWE** |
| Ubezpieczenie wypadkowe (w %) |  |
| **TERMIN WYPŁATY WYNAGRODZENIA (zaznaczyć właściwą odpowiedź)** |
| Do ostatniego dnia miesiąca bieżącego | **□** |
| Do 10 dnia miesiąca za miesiąc poprzedni | **□** |

|  |
| --- |
| **INFORMACJA O STANIE ZATRUDNIENIA** (według stanu na dzień złożenia wniosku) |
| Liczba zatrudnionych w przedsiębiorstwie społecznym (*tj. świadczące pracę na podstawie stosunku pracy, stosunku służbowego, umowy o pracę nakładczą lub umowy cywilnoprawnej lub osoby prowadzące jednoosobową działalność gospodarczą niebędące pracodawcami świadczące na rzecz przedsiębiorstwa społecznego usługi przez nieprzerwany okres co najmniej 3 miesięcy*) |  |
| Liczba zatrudnionych stanowiących osoby zagrożone wykluczeniem społecznym na dzień złożenia wniosku (*zgodnie z art. 2 pkt. 6 ustawy o ekonomii społecznej*) |  |

|  |
| --- |
| **INFORMACJA O STANIE ZATRUDNIENIA W DNIU SKŁADANIA WNIOSKU ORAZ W OKRESIE** **OSTATNICH 6 MIESIĘCY PRZED ZŁOŻENIEM WNIOSKU (do ogólnej liczby pracowników nie należy wliczać właściciela firmy, pracowników młodocianych, przebywających na urlopach bezpłatnych, macierzyńskich lub wychowawczych)** |
| Forma zatrudnienia | Ogólna liczba pracownikóww dniu złożenia wniosku | 6 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku (należy podać miesiąc i rok) |
|  |  |  |  |  |  |
| Umowa o pracę- **liczba zatrudnionych pracowników** |  |  |  |  |  |  |  |
| Umowa o prace **liczba zatrudnionych pracowników w** **przeliczeniu na pełny etat** |  |  |  |  |  |  |  |
| Umowy cywilnoprawne |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **III. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKOWANEJ REFUNDACJI** |
| Wnioskuje o refundację części wynagrodzenia odpowiadającej składce należnej od zatrudnionego na ubezpieczenia emerytalne, rentowe i chorobowe oraz część kosztów osobowych pracodawcy odpowiadającej składce na ubezpieczenia emerytalne, rentowe i wypadkowe za **……………** pracowników przedsiębiorstwa społecznego będących osobami zagrożonymi wykluczeniem społecznym |
| **WNIOSKOWANY OKRES REFUNDACJI** |
| Od: | Do: |

|  |
| --- |
| **DANE PRACOWNIKÓW, KTÓRYCH DOTYCZY WNIOSKOWANA REFUNDACJA** |
| Lp. | DANE PRACOWNIKA | Przynależność osoby przed zatrudnieniem w przedsiębiorstwie społecznym\*(wpisać z listy podanej poniżej) | Okreszatrudnienia w przedsiębiorstwie społecznym (od-do) | Forma zatrudnienia | Wymiar etatu | Pracownik osiąga wynagrodzenie minimalne (proszę wpisać TAK lub NIE) | Wnioskowana kwota refundacji (za jeden pełny miesiąc) |
| 1. | Nazwisko i imię |  |  |  |  |  |  |  |
| PESEL |  |
| 2. | Nazwisko i imię |  |  |  |  |  |  |  |
| PESEL |  |
| 3. | Nazwisko i imię |  |  |  |  |  |  |  |
| PESEL |  |
| 4. | Nazwisko i imię |  |  |  |  |  |  |  |
| PESEL |  |
| 5. | Nazwisko i imię |  |  |  |  |  |  |  |
| PESEL |  |
| 6. | Nazwisko i imię |  |  |  |  |  |  |  |
| PESEL |  |
| 7. | Nazwisko i imię |  |  |  |  |  |  |  |
| PESEL |  |

\* Przynależność osoby zagrożonej wykluczeniem społecznym przed zatrudnieniem w przedsiębiorstwie społecznym do (z podanych poniżej kategorii wybrać właściwą i wpisać w tabeli powyżej:

1. **bezrobotny**, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy,
2. **bezrobotny długotrwale**, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy,
3. **poszukujący pracy**, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt 22 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, 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 ust. 1 pkt 11 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudniania i instytucjach rynku pracy,
1. **osoba niepełnosprawna** w rozumieniu art. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych,
2. **absolwent centrum integracji społecznej** oraz **absolwent klubu integracji społecznej**, o których mowa w art. 2 pkt 1a i 1b ustawy z dnia 13 czerwca 2003r. o zatrudnieniu socjalnym,
3. **osoba spełniająca kryteria**, o których mowa w **art. 8 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej**,
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, **osoba**
5. **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 oraz art. 88 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej,
6. **osoba z zaburzeniami psychicznymi**, o której mowa w art. 3 pkt 1 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego,
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,
9. osoba, która uzyskała w Rzeczypospolitej Polskiej **status uchodźcy** lub **ochronę uzupełniającą**.

\*W przypadku określenia przynależności osoby do grupy osób zagrożonych wykluczeniem społecznym z grup od punktu d) do punktu l) Urząd może zażądać dodatkowych dokumentów potwierdzających przynależność do wskazanej grupy.

1. **INFORMACJA O DOTYCHCZASOWEJ WSPÓŁPRACY Z POWIATOWYM URZĘDEM PRACY W ROPCZYCACH W OKRESIE OSTATNICH 2 LAT**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj aktywnej formy wsparcia** | **Numer umowy** | **Wywiązanie się z warunków umowy po jej zakończeniu** w zakresie zatrudnienia osób bezrobotnych (należy wpisać:- bez obowiązku zatrudnienia - zatrudniona/y zgodnie z umową- niezatrudniona/y z powodu ................................) | Weryfikacja pracownika PUP |
| **Imię i nazwisko bezrobotnego** | **Okres realizacji** |
| **1.** |  |  |  |  |
|  |  |
| **2.** |  |  |  |  |
|  |  |
| **3.** |  |  |  |  |
|  |  |
| **4.** |  |  |  |  |
|  |  |
| **5.** |  |  |  |  |
|  |  |
| **6.** |  |  |  |  |
|  |  |
| **7.** |  |  |  |  |
|  |  |
| **8.** |  |  |  |  |
|  |  |
| **9.** |  |  |  |  |
|  |  |
| **10.** |  |  |  |  |
|  |  |
| **11.** |  |  |  |  |
|  |  |
| **12.** |  |  |  |  |
|  |  |
| **13.** |  |  |  |  |
|  |  |

1. **OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

**Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań, wynikającej z art. 297** **§1 i §2 Kodeksu Karnego[[1]](#footnote-1)oświadczam, że:**

1. podmiot, który reprezentuję **posiada/ nie posiada** status przedsiębiorstwa społecznego,
2. złożone załączniki oraz dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym,
3. **zalegam/nie zalegam**\* w dniu złożenia wniosku z zapłatą wynagrodzeń pracownikom, należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Fundusz Emerytur Pomostowych oraz innych danin publicznych,
4. **składki są/nie są\*** finansowane ani refundowane z innych środków publicznych, w tym ze środków PFRON lub z budżetu Unii Europejskiej. *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.*
5. **posiadam/nie posiadam\*** na dzień złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych,
6. w okresie 365 dni przed dniem złożenia wniosku **zostałem/nie zostałem**\* ukarany lub skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy, **jestem/nie jestem\*** objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy,
7. **nie toczy się/toczy\*** w stosunku do mnie postępowanie upadłościowe i **nie został/został\*** zgłoszony wniosek o likwidację,
8. **jestem/nie jestem\*** beneficjentem pomocy publicznej w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz.U. z 2023 r., poz. 702) *w przypadku zaznaczenia odpowiedzi twierdzącej obowiązkowo należy wypełnić załącznik 1 i 2 do wniosku*
9. **otrzymałem/nie otrzymałem\*** decyzje Komisji Europejskiej o obowiązku zwrotu pomocy uzyskanej w okresie wcześniejszym uznającej pomoc za niezgodną w prawem i wspólnym rynkiem,
10. **otrzymałem/nie otrzymałem\*** pomoc de minimis \*/ pomoc de minimis w rolnictwie \*/, w rybołówstwie i akwakulturze\* w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie których ma być przeznaczona wnioskowana pomoc de minimis w wysokości …........................euro z przeznaczeniem na ......................................................... ,
11. **byłem /nie byłem\*** karanyw okresie 2 lat przed złożeniem wniosku za przestępstwo przeciwko obrotowi gospodarczemu, w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. – Kodeks karny (t.j. Dz.  U. z 2024r. poz. 17 ze zm.) lub ustawy z dnia 28 października 2002r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary (t.j. Dz. U. z 2024r. poz. 1822 ze zm.),
12. zobowiązuję się do złożenia stosownego oświadczenia o uzyskanej pomocy publicznej oraz pomocy de minimis w dniu podpisania umowy, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy z Powiatowym Urzędem Pracy w Ropczycach otrzymałem pomoc publiczną lub pomoc de minimis,
13. każdy pracownik przedsiębiorstwa społecznego, którego dotyczy wniosek (tabela: Dane Pracowników, Których Dotyczy Wnioskowana Refundacja) zapoznał się z treścią i podpisał klauzulę informacyjną związaną z przetwarzaniem danych osobowych stanowiącą załącznik nr 3 do niemniejszego wniosku,
14. zobowiązuję się do zanonimizowania – poprzez zamazanie/zaciemnienie/zakreślenie - danych osobowych (takich jak: adres zam., serię i nr dowodu osobistego, datę i miejsce urodzenia), które nie służą do realizacji celu umowy, zawartych w dołączanych do wniosku kserokopiach umów o pracę z pracownikami, których dotyczy wniosek (tabela: Dane Pracowników, Których Dotyczy Wnioskowana Refundacja);
15. zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania o wystąpieniu zmian dotyczących informacji zawartych w niniejszym wniosku, mających wpływ na zawieraną umowę oraz udzielenie pomocy de minimis.

………….……………………………… ……………………………………………

pieczęć firmowa Wnioskodawcy data, podpis i pieczęć imienna

 Wnioskodawcy lub osoby

 upoważnionej do składania

oświadczeń woli

\*)niewłaściwe skreślić

1. **ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:**

**Do wniosku należy dołączyć:**

1. Oświadczenie o pomocy de minimis i pomocy de minimis w rolnictwie i rybołówstwie otrzymanej przez wnioskodawcę - załącznik nr 1 do wniosku. (druki dostępne do pobrania ze strony internetowej [www.ropczyce.gov.pl](http://www.ropczyce.gov.pl))
2. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis - załącznik nr 2 do wniosku.
3. Oświadczenie o niepodleganiu sankcjom w związku z agresją Federacji Rosyjskiej na Ukrainę.
4. Kserokopia decyzji wojewody nadającej status przedsiębiorstwa społecznego.
5. Dokumenty potwierdzające podstawę i formę prawną Wnioskodawcy:
* w przypadku podmiotów podlegających wpisowi do ewidencji działalności gospodarczej: dokument potwierdzający wpis do EDG (aktualny wydruk ze strony internetowej CEIDG – <https://prod.ceidg.gov.pl>),
* w przypadku podmiotów podlegających wpisowi do Krajowego Rejestru Sądowego: dokument potwierdzający wpis do KRS (aktualny wydruk ze strony internetowej Ministerstwa Sprawiedliwości – <https://ems.ms.gov.pl>),
* w przypadku pracodawców działających w formie spółki cywilnej kserokopia umowy spółki cywilnej wraz z aneksami.
1. Zanonimizowane kserokopie umów o pracę, o których mowa pkt V ppkt 14) osób zatrudnionych w przedsiębiorstwie społecznym, których dotyczy wniosek (tabela: Dane Pracowników, Których Dotyczy Wnioskowana Refundacja).
2. Podpisaną przez pracownika Klauzulę informacyjną RODO dla pracownika o przetwarzaniu danych osobowych, których dotyczy wniosek – Załącznik nr 3 do wniosku – dla każdej osoby oddzielny

**UWAGA!**

**Wniosek należy wypełnić czytelnie! Wniosek nieuzupełniony i niekompletny nie będzie rozpatrywany**!

**Kserokopie dokumentów przekładanych w urzędzie powinny być potwierdzone za zgodność z oryginałem**.

**Urząd może żądać dodatkowych dokumentów lub wyjaśnień niezbędnych do rozpatrzenia wniosku o zawarcie umowy.**

1. **KLAUZULA INFORMACYJNA RODO:**

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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) – w skrócie RODO, Powiatowy Urząd Pracy w Ropczycach informuje że:

1. Administratorem przekazanych danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pacy w Ropczycach reprezentowany przez Dyrektora rzędu; dane kontaktowe: tel. 17 2231671, email: jposluszny@pup-ropczyce.pl;
2. dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych to: tel. 17 2231684, email: trataj@pup-ropczyce.pl;
3. celem przetwarzania danych jest: zawarcie umowy o refundację składek na ubezpieczenia społeczne pracowników przedsiębiorstwa społecznego. Dane przetwarzane będą zatem na podstawie: art. 6 ust. 1 lit. c RODO, gdyż jest to niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze w zakresie udzielania wsparcia i pomocy klientom urzędu – oraz realizacji projektów, ewaluacji, monitoringu, sprawozdawczości i innych zadań – nałożonych przepisami ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t.j. Dz.U. 2025 r. poz. 214) oraz przepisami art. 21 ustawy z dnia 5 sierpnia 2022 r. o ekonomii społecznej (Dz. U. z 2024 r. poz. 113), jak również na podstawie art 6 ust. 1 lit b RODO gdyż jest to niezbędne do podjęcia koniecznych działań przed zawarciem umowy lub/oraz jest niezbędne do wykonania i realizacji umowy na podstawie Pana/Pani wniosku.
4. Pana(i) dane osobowe nie będą przekazywane innym instytucjom, odbiorcom danych i osobom trzecim z wyłączeniem uprawnionych podmiotów, instytucji i organów władzy publicznej na podstawie obowiązujących przepisów prawa w zakresie koniecznym do realizacji celu zawartego w pkt. c) oraz instytucjom kontrolnym uprawnionym do przetwarzania danych na podstawie ustaw szczególnych lub innym podmiotom świadczącym usługi na rzecz Administratora na podstawie podpisanych umów;
5. Pana(i) Administrator nie ma zamiaru przekazywania danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
6. Pana(i) dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celu, dla którego zostały zebrane oraz okres obowiązywania umowy a po jej upływie przez okres niezbędny do obsługi umowy oraz wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na Administratorze, w tym obowiązku archiwalnego wynikającego z ustawy z dnia 14 lipca 1983 o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz zgodnie przepisami Instrukcji Kancelaryjnej Urzędu;
7. Pan(i) ma prawo: żądać od Administratora dostępu do swoich danych osobowych oraz ma prawo ich sprostowania; natomiast prawo do usunięcia, ograniczenia przetwarzania, sprzeciwu, przenoszenia danych - tylko w sytuacji gdy przetwarzanie danych nie następuje w celu wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisu prawa lub do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach władzy publicznej powierzonej Administratorowi. Prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych przysługuje w przypadku, gdy była ona wcześniej wyrażona;
8. Pan(i) ma prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
9. Zachodzi dobrowolność podania danych osobowych, z zastrzeżeniem, że podanie danych jest wymogiem ustawowym w celu pomocy oferowanej przez urząd pracy a odmowa podania danych będzie wiązać się z brakiem świadczenia usług wynikających z celu wskazanego w pkt c);
10. Administrator nie będzie wykorzystywał Pana(i) danych do zautomatyzowanego podejmowania decyzji (zautomatyzowanego przetwarzania) w tym profilowania, o którym mowa w art. 22 ust. 1 i 4 RODO.

Zapoznałem się:

…………………………………. …………………………………

 pieczęć firmowa Wnioskodawcy data, podpis i pieczęć imienna

 Wnioskodawcy lub osoby

 upoważnionej do składania

 oświadczeń woli

1. **ADNOTACJE POWIATOWEGO URZĘDU PRACY W ROPCZYCACH**

**Ocena formalna:**

Wniosek z dnia ………………………

Wnioskodawca ………………………………………………………………

Wniosek spełnia/ nie spełnia\* warunki formalne.

Uzasadnienie oceny:

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

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

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

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

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

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

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

………..…………………….…………………………………..

 data, pieczęć i podpis pracownika PUP

**Opinia komisji:**

Komisja ds. opiniowana wniosków o refundację składek na ubezpieczenia społeczne pracowników przedsiębiorstwa społecznego wydała w dniu ……………………POZYTYWNĄ/NEGATYWNĄ\*) opinię dot. wniosku.

Uzasadnienie opinii negatywnej:

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

Podpisy członków komisji..……………………………………………………………………………...

**Decyzja Starosty lub osoby upoważnionej**

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\* na zawarcie umowy o przyznanie zwrotu składek na ubezpieczenia społeczne.

 ………………………….…………………………

 pieczęć i podpis Starosty lub osoby upoważnionej

\*) niewłaściwe skreślić

1. art. 297 § 1 k.k. Kto, w celu uzyskania dla siebie lub kogo innego, od banku lub jednostki organizacyjnej prowadzącej podobną działalność gospodarczą na podstawie ustawy albo od organu lub instytucji dysponujących środkami publicznymi - kredytu, pożyczki pieniężnej, poręczenia, gwarancji, akredytywy, dotacji, subwencji, potwierdzenia przez bank zobowiązania wynikającego z poręczenia lub z gwarancji lub podobnego świadczenia pieniężnego na określony cel gospodarczy, instrumentu płatniczego lub zamówienia publicznego, przedkłada podrobiony, przerobiony, poświadczający nieprawdę albo nierzetelny dokument albo nierzetelne, pisemne oświadczenie dotyczące okoliczności o istotnym znaczeniu dla uzyskania wymienionego wsparcia finansowego, instrumentu płatniczego lub zamówienia, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

§  2. Tej samej karze podlega, kto wbrew ciążącemu obowiązkowi, nie powiadamia właściwego podmiotu o powstaniu sytuacji mogącej mieć wpływ na wstrzymanie albo ograniczenie wysokości udzielonego wsparcia finansowego, określonego w § 1, lub zamówienia publicznego albo na możliwość dalszego korzystania z instrumentu płatniczego. [↑](#footnote-ref-1)