……………………

 (miejscowość i data)

**Numer wniosku i umowy: ……………………..**

**Wniosek[[1]](#footnote-1)**

**o przyznanie świadczeń na rzecz ochrony miejsc pracy ze środków Funduszu Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych na dofinansowanie wynagrodzenia pracowników objętych przestojem ekonomicznym albo obniżonym wymiarem czasu pracy, w następstwie wystąpienia COVID-19**

|  |
| --- |
| **Część A** |
| **Wojewódzki Urząd Pracy w** ……………………………… reprezentowany przez Dyrektora |
| **Część B** |
| ……..…………………………………………………………………………………………….. |
| *(nazwa podmiotu[[2]](#footnote-2)/imię i nazwisko)* |
| *……..……………………………………………………………………………………………..**……..……………………………………………………………………………………………..* |
| *(adres siedziby oraz oznaczenie miejsca wykonywania działalności)* |
| Numer identyfikacji podatkowej (NIP) | ……..…………………………………………… |
| Numer identyfikacyjny REGON | ……..…………………………………………… |
| Reprezentowany przez[[3]](#footnote-3) |
| 1 | Imię | ……..…………………………………………… |
| Nazwisko | ……..…………………………………………… |
| Nazwa dokumentu tożsamości (dowód osobisty, paszport, inny) | ……..…………………………………………… |
| Numer dokumentu tożsamości | ……..…………………………………………… |
| PESEL *(jeżeli dotyczy)*: | ……..…………………………………………… |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 2 | Imię | ……..…………………………………………… |
| Nazwisko | ……..…………………………………………… |
| Nazwa dokumentu tożsamości (dowód osobisty, paszport, inny) | ……..…………………………………………… |
| Numer dokumentu tożsamości | ……..…………………………………………… |
| PESEL *(jeżeli dotyczy)*: | ……..…………………………………………… |
| 3 | Imię | ……..…………………………………………… |
| Nazwisko | ……..…………………………………………… |
| Nazwa dokumentu tożsamości (dowód osobisty, paszport, inny) | ……..…………………………………………… |
| Numer dokumentu tożsamości | ……..…………………………………………… |
| PESEL *(jeżeli dotyczy)*: | ……..…………………………………………… |
| 4 | Imię | ……..…………………………………………… |
| Nazwisko | ……..…………………………………………… |
| Nazwa dokumentu tożsamości (dowód osobisty, paszport, inny) | ……..…………………………………………… |
| Numer dokumentu tożsamości | ……..…………………………………………… |
| PESEL *(jeżeli dotyczy)*: | ……..…………………………………………… |
| Adres e-mail | ……..…………………………………………… |
| Telefon kontaktowy | ……..…………………………………………… |
| Dane osoby składającej wniosek[[4]](#footnote-4) | Imię | ……..…………………………………………… |
| Nazwisko | ……..…………………………………………… |

|  |
| --- |
| **Część C** |
| **Wnoszę o przyznanie z Funduszu Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych (FGŚP) środków na wypłatę świadczeń od:** | ……..……………………………… |
| *(Data nie wcześniejsza niż od dnia wejścia w życie ustawy z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID – 19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 568)* |
| **z tytułu:** |
| 1 | **przestoju ekonomicznego[[5]](#footnote-5)** |
| **dla** | **………………** | **pracowników[[6]](#footnote-6)** |
| *(podać liczbę)* |
| **przysługujących za okres** | **………………** | **miesięcy** |
| *(podać liczbę miesięcy, nie więcej niż 3 miesiące[[7]](#footnote-7))* |
| **z przeznaczeniem na:** |
| a) | dofinansowanie wynagrodzenia pracowników w kwocie | ........................... zł |
| *(należy podać łączną kwotę za cały okres)* |
| b) | pokrycie składek na ubezpieczenia społeczne pracowników należnych od pracodawcy od kwoty dofinansowania do wynagrodzenia[[8]](#footnote-8), o której mowa w pkt 1 lit. a, w kwocie: | ........................... zł |
| *(należy podać łączną kwotę za cały okres)* |
| 2 | **obniżonego wymiaru czasu pracy4** |
| **dla** | **………………** | **pracowników5** |
| *(podać liczbę)* |
| **przysługujących za okres** | **………………** | **miesięcy** |
| *(podać liczbę miesięcy, nie więcej niż 3 miesiące6)* |
| **z przeznaczeniem na:** |
| a) | dofinansowanie wynagrodzenia pracowników w kwocie: | ........................... zł |
| *(należy podać łączną kwotę za cały okres)* |
| b) | pokrycie składek na ubezpieczenia społeczne pracowników należnych od pracodawcy od kwoty dofinansowania do wynagrodzenia7, o której mowa w  pkt 2 lit. a, w kwocie: | ........................... zł |
| *(należy podać łączną kwotę za cały okres)* |

|  |  |
| --- | --- |
| **Łączna wnioskowana kwota**  | ……..……………………………… zł |
| *(suma kwot z pozycji z pkt 1 lit. A i B oraz z pkt 2 lit. A i B)* |
| **W zakresie wykonywanej działal-ności posługuję się rachunkiem:** *(Proszę zaznaczyć odpowiednią kratkę i podać numer rachunku)* | **bankowym** |  |
| **w spółdzielczej kasie oszczędnościowo–kredytowej** |  |
| nr ………………………………………………………… |
| **Do wniosku dołączam:** | *(proszę zaznaczyć odpowiednią kratkę)* |
| **kopię Porozumienia, z określonymi warunkami i trybem wykonywania pracy w okresie przestoju ekonomicznego lub obniżonego wymiaru czasu pracy, o których mowa w  art.  15g ust. 11 ustawy** |  |
| **wykaz pracowników uprawnionych do świadczeń wypłacanych z FGŚP (wg. określonego wzoru)** |  |
| **kopię pełnomocnictwa** *(jeżeli dotyczy)* |  |
| **Część D** |
| **Oświadczam, że:** |
| 1 | **jestem Przedsiębiorcą w rozumieniu art. 4 ust. 1 lub 2 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. - Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2019 r. poz. 1292, z późn. zm.) / ORGANIZACJĄ POZARZĄDOWĄ W ROZUMIENIU ART. 3 UST. 2 USTAWY Z DNIA 24 KWIETNIA 2003 R. O DZIAŁALNOŚCI POŻYTKU PUBLICZNEGO I O WOLONTARIACIE / PODMIOTEM, O KTÓRYM MOWA W ART. 3 UST. 3 USTAWY Z DNIA 24 KWIETNIA 2003 R. O DZIAŁALNOŚCI POŻYTKU PUBLICZNEGO I O WOLONTARIACIE / PAŃSTWOWĄ OSOBĄ PRAWNĄ W ROZUMIENIU USTAWY Z DNIA 27 SIERPNIA 2009 R. O FINANSACH PUBLICZNYCH, u którego wprowadzono przestój ekonomiczny lub obniżony wymiar czasu pracy, w związku ze spadkiem obrotów gospodarczych w następstwie wystąpienia COVID-19, rozumianych jako sprzedaż towarów lub usług, liczony w ujęciu ilościowym lub wartościowym\*) \*\*):** |
| a) | **w okresie 2 kolejnych miesięcy liczonych od dnia** | ………………….. | **spadły obroty gospodarcze nie mniej niż o 15%, zgodnie z art. 15g ust. 9 pkt 1 ustawy** |
| *(proszę podać datę, przy czym nie może być ona wcześniejsza niż 1 stycznia 2020 r.)* |
| B) | **w okresie 1 miesiąca liczonego od dnia** | …………………. | **spadły obroty gospodarcze nie mniej niż o 25%, zgodnie z art. 15g ust. 9 pkt 2 ustawy** |
| *(proszę podać datę, przy czym nie może być ona wcześniejsza niż 1 stycznia 2020 r.)* |
| 2 | **nie zachodzą przesłanki do ogłoszenia upadłości, o których mowa w art. 11 lub art. 13 ust. 3 ustawy z dnia 28 lutego 2003 r. – Prawo upadłościowe (Dz. U. z 2019 r. poz. 498, z późn. zm.)** |

|  |  |
| --- | --- |
| 3 | **nie zalegam z uregulowaniem zobowiązań podatkowych, składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, FGŚP, Fundusz Pracy lub Fundusz Solidarnościowy do końca III kwartału 2019 r.** |
| 4 | **Wniosek nie obejmuje pracowników, którzy w miesiącu poprzedzającym miesiąc złożenia Wniosku uzyskali wynagrodzenie wyższe niż 300% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia z poprzedniego kwartału ogłaszanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego na podstawie przepisów o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, obowiązującego na dzień złożenia wniosku** |
| 5 | **Nie ubiegałem się i nie będę ubiegał się o pomoc w odniesieniu do tych samych pracowników w zakresie takich samych tytułów wypłaty na rzecz ochrony miejsc pracy**  |
| 6 | **zamierzam/nie zamierzam skorzystać ze zwolnień w opłacaniu składek na ZUS, o których mowa w ustawie COVID-19 \*)** |
| 7 | **odprowadzałem składki na Ubezpieczenie Społeczne od wynagrodzeń pracowników[[9]](#footnote-9) ujętych w wykazie pracowników dołączonym do Wniosku** |
| 8 | **W DRODZE ANEKSU DO UMOWY ZLECENIA / INNEJ UMOWY O ŚWIADCZENIU USŁUG ULEGŁA ZMNIEJSZENIU LICZBA GODZIN NA WYKONANIE ZLECENIA\*\*\*** |

\*niepotrzebne skreślić

\*\*wskazać właściwe oświadczenie przez zakreślenie litery A albo B

\*\*\* jeżeli dotyczy

|  |
| --- |
| **Oświadczam, że informacje i oświadczenia podane przeze mnie we Wniosku są zgodne z prawdą oraz, że jestem świadomy (świadoma) odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2019 r. poz. 1950, z późn. zm.) za złożenie fałszywego oświadczenia lub zatajenie prawdy.** |

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

(podpis, z podaniem imienia i nazwiska przedsiębiorcy lub osoby (osób) uprawnionej (uprawnionych) do składania oświadczeń woli w imieniu podmiotu2

1. Za datę złożenia Wniosku uważa się datę wpływu wniosku do Wojewódzkiego Urzędu Pracy, właściwego ze względu na siedzibę podmiotu. [↑](#footnote-ref-1)
2. Za podmiot uprawniony do złożenia wniosku rozumie się przedsiębiorcę w rozumieniu art. 4 ust. 1 lub 2 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. - Prawo przedsiębiorców, organizację pozarządową w rozumieniu art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, podmiot, o którym mowa w art. 3 ust. 3 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie oraz państwową osobę prawną w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych. [↑](#footnote-ref-2)
3. W przypadku gdy liczba osób jest większa niż na formularzu, proszę dołączyć dodatkową listę reprezentantów. [↑](#footnote-ref-3)
4. Jeżeli dla osoby składającej wniosek wymagane jest pełnomocnictwo, należy je obowiązkowo załączyć do wniosku. [↑](#footnote-ref-4)
5. o którym mowa w art. 15g ust. 1 ustawy z dnia 2 marca 2020 r., o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. poz. 374, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą” [↑](#footnote-ref-5)
6. o których mowa w art. 15g ust. 4 ustawy [↑](#footnote-ref-6)
7. o którym mowa w art. 15g ust. 16 ustawy [↑](#footnote-ref-7)
8. o którym mowa w art. 15g ust. 2 ustawy [↑](#footnote-ref-8)
9. o których mowa w art. 15g ust. 4 ustawy [↑](#footnote-ref-9)