Katowice, dnia 02 kwietnia 2020 r.

(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 Katowicach reprezentowany przez Dyrektora** | | | | |
| **Część B** | | |
| JAN NOWAK PROWADZĄCY DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ POD FIRMĄ JAN NOWAK TRANPORT | | |
| *(nazwa przedsiębiorcy/imię i nazwisko)* | | |
| UL. BRYNOWSKA 32, 40-585 KATOWICE | | |
| *(adres siedziby oraz oznaczenie miejsca wykonywania działalności gospodarczej)* | | |
| Numer identyfikacji podatkowej (NIP) | | 1234567890 |
| Numer identyfikacyjny REGON | | 987654321 |
| Reprezentowany przez[[2]](#footnote-2) | | |
| 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 | | | JAN.NOWAK@MAILOWO.PL |
| Telefon kontaktowy | | | 876 543 321 |
| Dane osoby składającej wniosek[[3]](#footnote-3) | | Imię | JAN |
| Nazwisko | NOWAK |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Część C** | | | | | | |
| **Wnoszę o przyznanie z Funduszu Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych (FGŚP) środków na wypłatę świadczeń od:** | | | | | 01 KWIETNIA 2020 R. | |
| *(data nie wcześniejsza niż od dnia wejścia  w życie ustawy)* | |
| **z tytułu:** | | | | | |
| 1 | **przestoju ekonomicznego[[4]](#footnote-4)** | | | | |
| **dla** | | **3** | | **pracowników[[5]](#footnote-5)** |
| *(podać liczbę)* | |
| **przysługujących za okres** | | **3** | | **miesięcy** |
| *(podać liczbę miesięcy, nie więcej niż 3 miesiące[[6]](#footnote-6))* | |
| **z przeznaczeniem na:** | | | | |
| a) | dofinansowanie wynagrodzenia pracowników w kwocie | | | 11.700,00 ZŁ |
| *(należy podać łączną kwotę za cały okres)* |
| b) | pokrycie składek na ubezpieczenia społeczne pracowników należnych od pracodawcy od kwoty dofinansowania do wynagrodzenia[[7]](#footnote-7), o której mowa w pkt 1 lit. a, w kwocie: | | | 2.097,81 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** | | | | 13.797,81 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 gospodarczej posługuję się rachunkiem:**    *(Proszę zaznaczyć odpowiednią kratkę i podać numer rachunku)* | | | | **bankowym** | | | **X** |
| **w spółdzielczej kasie oszczędnościowo–kredytowej** | | |  |
| nr 01 2345 6789 1011 1213 1415 1617 | | | |
| **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** | | | | | | | **X** |
| **wykaz pracowników uprawnionych do świadczeń wypłacanych z FGŚP (wg. określonego wzoru)** | | | | | | | **X** |
| **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.), 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** | 01 KWIETNIA 2020 R. | | | **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[[8]](#footnote-8) ujętych w wykazie pracowników dołączonym do Wniosku** |

\*niepotrzebne skreślić

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

|  |
| --- |
| **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.** |

JAN NOWAK

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

(podpis, z podaniem imienia i nazwiska przedsiębiorcy

lub osoby (osób) uprawnionej (uprawnionych) do składania oświadczeń woli w imieniu przedsiębiorcy

1. Za datę złożenia Wniosku uważa się datę wpływu wniosku do Wojewódzkiego Urzędu Pracy, właściwego ze względu na siedzibę Przedsiębiorcy. [↑](#footnote-ref-1)
2. W przypadku gdy liczba osób jest większa niż na formularzu, proszę dołączyć dodatkową listę reprezentantów. [↑](#footnote-ref-2)
3. Jeżeli dla osoby składającej wniosek wymagane jest pełnomocnictwo, należy je obowiązkowo załączyć do wniosku. [↑](#footnote-ref-3)
4. o którym mowa w art. 15g ust. 1 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, zwanej dalej „ustawą” [↑](#footnote-ref-4)
5. o których mowa w art. 15g ust. 4 ustawy [↑](#footnote-ref-5)
6. o którym mowa w art. 15g ust. 16 ustawy [↑](#footnote-ref-6)
7. o którym mowa w art. 15g ust. 2 ustawy [↑](#footnote-ref-7)
8. o których mowa w art. 15g ust. 4 ustawy [↑](#footnote-ref-8)