**Załączniki do rozporządzenia Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia ……….… 2017 r. (Dz. U. poz. …..).**

**Załącznik nr 1**

***WZÓR***

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

(miejscowość, data)

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

(nazwisko, imię pierwsze i drugie, nazwisko rodowe pracownika)

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

(numer PESEL, a w razie gdy nie nadano numeru PESEL – rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość)

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

(data urodzenia)

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

(obywatelstwo)

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

(płeć)

adres zameldowania na pobyt stały: .................................................................................

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

adres zamieszkania: ....................................................................................................

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

(należy wpisać, jeżeli jest inny niż adres zameldowania na pobyt stały)

adres do korespondencji: ..............................................................................................

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

(należy wpisać, jeżeli jest inny niż adres zameldowania na pobyt stały i adres zamieszkania)

**Marszałek województwa**

............................................1)

**WNIOSEK**

**pracownika o wypłatę zaliczki na poczet niezaspokojonych przez pracodawcę roszczeń z powodu braku środków finansowych w związku z faktycznym zaprzestaniem działalności przez pracodawcę**

Na podstawie art. 12a ust. 1 ustawy z dnia 13 lipca 2006 r. o ochronie roszczeń pracowniczych w razie niewypłacalności pracodawcy (Dz. U. z 2020 r. poz. 7), zwanej dalej „ustawą”, wnoszę o wypłacenie z Funduszu Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, zwanego dalej „Funduszem”, zaliczki na poczet niezaspokojonych przez pracodawcę roszczeń z powodu braku środków finansowych w związku z faktycznym zaprzestaniem działalności przez pracodawcę, w wysokości2) .................... zł

(słownie złotych .................................................................................................................)

(łączna kwota)

z tytułu .....................................................................................................................

za okres …..................................................................................................................

i przekazanie zaliczki:

1) przelewem na rachunek numer: ................................................................................................................................

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

(nazwa instytucji)

albo

2) przekazem pocztowym na adres: ..............................................................................................................................

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

1. Nazwa i adres pracodawcy .......................................................................................................................................

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

2. Data, od której zaprzestano wypłacania wynagrodzeń .............................................................................................

3. Oświadczam, że łączna kwota niezaspokojonych przez pracodawcę, o którym mowa w pkt 1, roszczeń pracowniczych z tytułu zatrudnienia u pracodawcy wynosi3) .........................................zł,

w tym:

wynagrodzenie:

* za I miesiąc .................................. rok: .......................... kwota: .............................................. zł

(w tym wynagrodzenie za czas choroby .............. zł w okresie od ...................... do ......................)

* za II miesiąc ................................ rok: .......................... kwota: ............................................... zł

(w tym wynagrodzenie za czas choroby .............. zł w okresie od ...................... do ......................)

* za III miesiąc ............................... rok: .......................... kwota: .............................................. zł

(w tym wynagrodzenie za czas choroby .............. zł w okresie od ...................... do ......................).

4. Oświadczam, że pozostaję w zatrudnieniu z pracodawcą wymienionym w pkt 1.

5. Oświadczam, że z uwzględnieniem wnioskowanej kwoty świadczenia osiągnę/nie osiągnę\*) kwotę ograniczenia rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe na dany rok kalendarzowy, o której mowa w art. 19 ust. 10 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 1009.).

6. Oświadczam, że z mojego wynagrodzenia są/nie są\*) dokonywane potrącenia na zaspokajanie świadczeń alimentacyjnych na zasadach przewidzianych w ustawie z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 2020 r. poz. 1320, z późn. zm.).

7. Posiadam/nie posiadam\*) orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu: znacznym/ umiarkowanym/ lekkim\*).

8. Posiadam/nie posiadam\*) ustalone prawo do emerytury lub renty.

9. Zobowiązuję się do poinformowania marszałka województwa1) o każdej zmianie danych zawartych we wniosku, w tym szczególnie mającej wpływ na wypłatę wnioskowanych świadczeń.

10. Nazwa i kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia ................................................................

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

11. Nazwa i adres właściwego urzędu skarbowego .......................................................................................................

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

12. Do wniosku dołączam następujące informacje lub dokumenty uprawdopodobniające fakt zaprzestania działalności przez pracodawcę:

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

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

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

Oświadczam, że jestem świadomy/świadoma\*) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

\*) Niewłaściwe skreślić.

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

(czytelny podpis pracownika i dane kontaktowe)

Objaśnienia:

1) Marszałek województwa, o którym mowa w art. 15 ust. 3 ustawy.

2) Należy podać kwotę brutto. Wnioskowane do wypłaty zaliczki należy obliczyć zgodnie z art. 12a ust. 1 ustawy.

3) Należy podać kwoty brutto. Należy uwzględnić przepisy art. 12 ust. 2 ustawy – w zakresie tytułów roszczeń pracowniczych, wnioskowanych do zaspokojenia ze środków Funduszu oraz art. 12 ust. 3, 5 i 6 ustawy – w zakresie wymienionych w tych przepisach warunków zaspokajania roszczeń. Należy podawać należności główne (bez odsetek) niezaspokojonych roszczeń pracowniczych.

**Załącznik nr 2**

***WZÓR***

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

......................................................... (miejscowość, data)

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

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

(oznaczenie wnioskodawcy1))

**Marszałek województwa**

............................................2)

**WNIOSEK**

**pracodawcy o wypłatę zaliczek na poczet niezaspokojonych roszczeń pracowniczych**

Na podstawie art. 15a ust. 1 ustawy z dnia 13 lipca 2006 r. o ochronie roszczeń pracowniczych w razie niewypłacalności pracodawcy (Dz. U. z 2020 r. poz. 7), zwanej dalej „ustawą”, wnoszę o wypłacenie z Funduszu Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, zwanego dalej „Funduszem”, zaliczek na poczet niezaspokojonych roszczeń pracowniczych w związku ze złożeniem wniosku o ogłoszenie upadłości, w wysokości3)............................................... zł

(słownie złotych ........................................................................................................)

(łączna kwota)

dla ............................... pracowników.

(liczba)

**I.** Do wniosku dołączam:

1) zbiorczy wykaz niezaspokojonych roszczeń pracowniczych;

2) kopię wniosku o ogłoszenie upadłości z dołączonymi do niego dokumentami wraz z potwierdzeniem jego złożenia w sądzie;

3) podpisane przez pracowników oświadczenia zawierające dane, o których mowa w art. 12a ust. 5 pkt 1 i 3 ustawy:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwisko, imię pierwsze i drugie, nazwisko rodowe | Data urodzenia | Numer PESEL, a w razie gdy nie nadano numeru PESEL – rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość | Obywatelstwo | Płeć | Adres zameldowania na pobyt stały, adres zamieszkania, jeżeli jest inny niż adres zameldowania na pobyt stały, adres do korespondencji, jeżeli jest inny niż adres zameldowania na pobyt stały i adres zamieszkania | Informacja o nieposiadaniu albo posiadaniu orzeczenia o niepełnosprawności wraz ze wskazaniem stopnia niepełnosprawności | Informacja o posiadaniu albo nieposiadaniu ustalonego prawa do emerytury lub renty | Nazwa i kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia | Nazwa i adres właściwego urzędu skarbowego | Informacja o sposobie dokonania wypłaty świadczenia | Informacja o osiągnięciu albo nieosiągnięciu kwoty ograniczenia rocznej podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe, z uwzględnieniem wnioskowanej kwoty świadczenia | Swoim podpisem oświadczam, że jestem świadomy/świadoma\*) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**II.** Zobowiązuję się do poinformowania marszałka województwa2) o każdej zmianie danych zawartych we wniosku, w tym szczególnie mającej wpływ na wypłatę wnioskowanych świadczeń.

**III.** Oświadczam, że jestem świadomy/świadoma\*) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

\*) Niewłaściwe skreślić.

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

(czytelny podpis wnioskodawcy4))

Objaśnienia:

1) Wnioskodawcą jest pracodawca, o którym mowa w art. 15a ust. 1 ustawy.

2) Marszałek województwa, o którym mowa w art. 15 ust. 3 ustawy.

3) Należy podać kwotę brutto. Wnioskowane do wypłaty zaliczki należy obliczyć zgodnie z art. 15a ust. 1 ustawy.

4) Wymóg opatrzenia danego wniosku czytelnym podpisem wnioskodawcy dotyczy wyłącznie postaci papierowej dokumentu.