

Wniosek o wypłatę ryczałtu z tytułu zwiększonych kosztów zatrudnienia osób pozbawionych wolności

Podstawa prawna:	Art. 8 ust. 2 ustawy z dnia 28 sierpnia 1997 r. o zatrudnianiu osób pozbawionych wolności (Dz. U. Nr 123, poz. 777, z późn. zm.).
Składający:	Przedsiębiorca, któremu przysługuje ryczałt z tytułu zwiększonych kosztów zatrudnienia osób pozbawionych wolności.
Adresat:	Dyrektor Generalny Służby Więziennej - Centralny Zarząd Służby Więziennej, ul. Rakowiecka 37A, 02-521 Warszawa.

A. Dane identyfikacyjne przedsiębiorcy:

A.1. Nazwa i adres siedziby (miejsca zamieszkania) przedsiębiorcy

1. REGON _____		2. NIP _____		
3. Pełna nazwa przedsiębiorcy ¹ _____		4. Skrócona nazwa przedsiębiorcy _____		
5. Kod pocztowy _____-____	6. Miejscowość _____	7. Ulica _____	8. Nr domu _____	9. Nr lokalu _____
10. Telefon ² _____		11. Faks _____	12. E-mail ³ _____	
13. Forma prawna _____				

A.2. Adres do korespondencji przedsiębiorcy⁴

14. Kod pocztowy _____-____	15. Miejscowość _____	16. Ulica _____	17. Nr domu _____	18. Nr lokalu _____
--------------------------------	-----------------------	-----------------	-------------------	---------------------

B. Wniosek o wypłatę ryczałtu

19. Okres, którego dotyczy wniosek		20. Cel wniosku	21. Należna kwota ryczałtu
od miesiąca _____	roku _____	<input type="checkbox"/> Dotyczący wypłaty ryczałtu <input type="checkbox"/> Korygujący	_____ zł _____ g
do miesiąca _____	roku _____		

22. Rachunek bankowy (rachunek w SKOK) przedsiębiorcy, na który ma być przekazany ryczałt:

23. Wynagrodzenia przysługujące osobom pozbawionym wolności za okres objęty wnioskiem (wynikające z list płac):

1.	za miesiąc _____	roku _____	_____ zł _____ g
2.	za miesiąc _____	roku _____	_____ zł _____ g
3.	za miesiąc _____	roku _____	_____ zł _____ g
4.	za miesiąc _____	roku _____	_____ zł _____ g
5.	za miesiąc _____	roku _____	_____ zł _____ g
6.	za miesiąc _____	roku _____	_____ zł _____ g

¹ Należy podać pełną nazwę przedsiębiorcy ujawnioną w odpowiednim rejestrze lub ewidencji.

² Należy podać właściwy numer kierunkowy miejscowości.

³ Należy podać adres e-mailowy osoby wyznaczonej do kontaktów/odpowiedzialnej za kontakty z dysponentem Funduszu Aktywizacji.

⁴ Należy wypełnić, jeżeli adres do korespondencji jest inny niż adres siedziby przedsiębiorcy.

7.	za miesiąc _____	roku _____	_____ zł _____ gr
8.	za miesiąc _____	roku _____	_____ zł _____ gr
9.	za miesiąc _____	roku _____	_____ zł _____ gr
10.	za miesiąc _____	roku _____	_____ zł _____ gr
11.	za miesiąc _____	roku _____	_____ zł _____ gr
12.	za miesiąc _____	roku _____	_____ zł _____ gr
Ogółem poz. od do			_____ zł _____ gr

24. Oświadczam, że:

- dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym,
- przekazałem na rachunek bankowy jednostki całość środków na wynagrodzenia osób pozbawionych wolności za okres objęty wnioskiem.

Jestem świadomy(ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

25. Miejscowość, data _____	26. Imię, nazwisko i podpis przedsiębiorcy lub osoby upoważnionej
--------------------------------	---

C. Informacja jednostki organizacyjnej Służby Więziennej, za której pośrednictwem wnioszek przekazywany jest dysponentowi Funduszu Aktywizacji Zawodowej Skazanych oraz Rozwoju Przywiąziennych Zakładów Pracy

1. Nazwa jednostki				
2. Kod pocztowy ____-____	3. Miejscowość	4. Ulica	5. Nr domu	6. Nr lokalu
7. Telefon ⁵	8. Faks	9. E-mail ⁶		

potwierdza, że:

- zawarte we wniosku dane identyfikujące przedsiębiorcę są zgodne z danymi zawartymi w podpisanej z przedsiębiorcą umowie o zatrudnienie osób pozbawionych wolności;
- wynagrodzenia przysługujące zatrudnionym u przedsiębiorcy osobom pozbawionym wolności za okres objęty wnioskiem wyniosły _____ zł _____ gr;
- przedsiębiorca przekazał na rachunek bankowy jednostki całość środków na wynagrodzenia osób pozbawionych wolności za okres objęty wnioskiem, stanowiący podstawę do naliczenia ryczaftu.

10. Miejscowość, data _____	11. Imię, nazwisko i podpis osoby reprezentującej jednostkę lub osoby upoważnionej
--------------------------------	--

D. Decyzja dysponenta Funduszu

1. Należna kwota ryczaftu _____ zł _____ gr	2. Ryczaft wypłacony wcześniej za okres objęty wnioskiem _____ zł _____ gr	3. Kwota ryczaftu do wypłaty _____ zł _____ gr
4. Data	5. Podpis kierownika komórki organizacyjnej Centralnego Zarządu Służby Więziennej obsługującej Fundusz Aktywizacji	
Przyznaję i zatwierdzam do wypłaty ryczaft w kwocie określonej w poz. 3.	6. Data	7. Podpis dysponenta Funduszu Aktywizacji

⁵ Należy podać właściwy numer kierunkowy miejscowości.

⁶ Należy podać adres e-mailowy osoby wyznaczonej do kontaktów/odpowiedzialnej za kontakty z dysponentem Funduszu Aktywizacji.