

**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**

.....<sup>1)</sup>

**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 wysokości<sup>2)</sup> ..... zł

(słownie złotych .....) )

(łącznie 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 wynosi<sup>3)</sup> .....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 województwa<sup>1)</sup> 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 uprawdpodobniające 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.

## WZÓR

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 (oznaczenie wnioskodawcy<sup>1)</sup>)

.....  
 (miejsowość, data)

## Marszałek województwa

.....<sup>2)</sup>

## 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 wysokości<sup>3)</sup>..... zł

(słownie złotych .....)  
 (łącznie 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 <sup>*)</sup> odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia

II. Zobowiązuję się do poinformowania marszałka województwa<sup>2)</sup> o każdej zmianie danych zawartych we wniosku, w tym szczególnie mającej wpływ na wypłatę wnioskowanych świadczeń.

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

\*) Niewłaściwe skreślić.

.....  
 (czytelny podpis wnioskodawcy<sup>4)</sup>)

## 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.