

## 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 2016 r. poz. 1256 oraz z 2017 r. poz. 1557), 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 Zdravia	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	Swym podpisem oświadczam, że jestem świadomy/świadoma <sup>4)</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>4)</sup> odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

<sup>4)</sup> Niewłaścicwe 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. 5 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.