

(pieczęć firmowa pracodawcy)

**POWIATOWY URZĄD PRACY
W OŚWIĘCIMIU**

W N I O S E K

**O REFUNDACJĘ CZĘŚCI KOSZTÓW PONIESIONYCH NA WYNAGRODZENIA,
NAGRODY ORAZ SKŁADKI NA UBEZPIECZENIE SPOŁECZNE
SKIEROWANEGO/YCH BEZROBOTNEGO/YCH DO 30 ROKU ŻYCIA**

Na podstawie art. 150f i 150g ustawy z dnia 20.04.2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (**tekst jednolity Dz.U z 2017 poz. 1065 ze zm.**) oraz zgodnie z umową nr zawartą w dniu w sprawie organizacji i finansowania części kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne skierowanego/yh bezrobotnego/yh do 30 roku życia prosimy o refundację kosztów związanych z zatrudnieniem.....bezrobotnego(yh) za:

miesiąc* rok.....

- wynagrodzenia w kwocie zł
- wynagrodzenia chorobowego w kwocie zł
- składki na ubezpieczenia społeczne od refundowanego
wynagrodzenia w kwocie zł

Ogółem do refundacji kwota zł

(słownie złotych zł)

Środki finansowe prosimy przekazać
(nazwa banku)

.....
(numer rachunku)

.....
(pieczęć, podpis pracodawcy)

Załączniki:

1. Lista płac wraz z potwierdzeniem odbioru wynagrodzenia lub lista płac wraz z wyciągiem (przelewem) bankowym ze wskazaniem określonej kwoty wynagrodzenia na konto pracownika.
2. Deklaracja ZUS DRA i dowody opłacenia składek na ubezpieczenie społeczne, zdrowotne i Fundusz Pracy, miesięczny raport imienny ZUS RCX lub RCA.
3. Lista obecności tradycyjna lub elektroniczna.
4. Zwolnienia lekarskie i raport imienny o wypłaconych świadczeniach i przerwach w opłacaniu składek ZUS RSA.

* za który dotyczy wypłata wynagrodzenia

Wszystkie w/w załączniki winny być złożone w formie kserokopii, a także uwierzytelnione przez uprawniony podmiot i dotyczyć wyłącznie osób objętych refundacją.

Rozliczenie finansowe

Lp.	Imię i nazwisko	Refundacja z Funduszu Pracy			
		Wynagr.	Wynagr. chorob.	Składka ZUS (emerytalna, rentowa, wypadkowa) od rb. 3	Razem rb. 3 + 4 + 5
1.	2.	3.	4.	5.	6.
Ogółem do refundacji w złotych					

Ponadto informuję, że niżej wymienieni pracownicy korzystali ze zwolnienia lekarskiego, bądź urlopu bezpłatnego.

Lp.	Imię i nazwisko	Zwolnienie lekarskie od - do	Wynagrodzenie za czas choroby (płatne z funduszu pracodawcy)		Zasilek chorobowy płatny z ZUS		Urlop bezpłatny od - do
			ilość dni	kwota	ilość dni	kwota	
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.

UWAGI:

Zwolniony dnia, przyczyna zwolnienia

Przyjęty na czas nieokreślony dnia zgodnie z pozycją rozliczenia.

.....
 (osoba do kontaktu:
 nazwisko, imię, nr telefonu)

... ..
 (pieczętka, podpis pracodawcy)