

.....
(pieczęć firmowa Pracodawcy)

.....
(miejsowość i data)

Powiatowy Urząd Pracy

W

W N I O S E K

o refundację części kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody i składki na ubezpieczenie społeczne skierowanych bezrobotnych do 30 roku życia

zgodnie z art.150f ustawy z dnia 20.04.2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jednolity: Dz. U. z 2016 r., poz. 645, z późn. zm.) oraz zgodnie z zawartą w dniu umową Nr....., prosimy o refundację:

- wynagrodzeń w kwocie

- składki na ubezpieczenie społeczne od refundowanych wynagrodzeń w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 38 w/c ustawy

Ogółem do refundacji kwota:

(słownie złotych:)

Środki finansowe prosimy przekazać
(nazwa banku, nr rachunku)

W terminie dni od otrzymania niniejszego pisma.

* niepotrzebne skreślić

.....
(Główny księgowy, pieczętka i podpis)

.....
(Pracodawca, pieczętka i podpis)

Załączniki:

1. Rozliczenie finansowe
2. Kserokopia listy obecności
3. Kopia listy płac z pokwitowaniem odbioru wynagrodzenia
4. Imienny raport miesięczny ZUS P RCA
5. Kserokopie zaświadczeń lekarskich + ZUS P RSA
6. Kserokopia deklaracji ZUS P DRA + dowody wpłaty

Kserokopie przedkładanych dokumentów winny być potwierdzone za zgodność z oryginałem podpisem oraz pieczęcią Pracodawcy.

.....
(pieczęć firmowa pracodawcy/przedsiębiorcy)

**Rozliczenie finansowe wynagrodzeń osób zatrudnionych w ramach refundacji
części kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne
skierowanych bezrobotnych do 30 roku życia za okres od do.....**

L.p.	Nazwisko i imię zatrudnionego w ramach refundacji części kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne skierowanych bezrobotnych do 30r. życia zgodnie z umową o pracę od.....do.....	Wynagrodzenie brutto w zł.	Wynagrodzenie refundowane dla pracodawcy z Funduszu Pracy w zł.	Wpłata do ZUS w zł.	Razem do refundacji z FP w zł.
	Ogółem do refundacji: słownie złotych:				

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

Lp.	Nazwisko i imię	Zwolnienie lekarskie od – do	Wynagrodzenie za czas choroby (płatne z funduszu pracodawcy)		Zasiłek chorobowy (płatny z ZUS)		Urlop bezpłatny od - do
			ilość dni od - do	kwota w zł	ilość dni od - do	kwota w zł	
1	2	3	4	5	6	7	8

UWAGI:

Zwolniony dnia przyczyna zwolnienia

przyjęty na czas nieokreślony dnia zgodnie z pozycją rozliczenia:

.....
(opr. nazwisko i imię; nr tel.)

.....
(Główny Księgowy; pieczętka i podpis)

.....
(Pracodawca; pieczętka i podpis)