

.....
(pieczęć firmowa pracodawcy).....
(miejscowość, data)Powiatowy Urząd Pracy
w Jarosławiu**WNIOSEK****o zwrot części kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody
i składki na ubezpieczenie społeczne za skierowanych bezrobotnych
do 30-go roku życia.**

Na podstawie art. 150f ustawy z dn. 20.04.2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2016r. poz. 645 j.t.) oraz zgodnie z zawartą umową w dniu Nr UmRefDo30.16..... o zorganizowanie zatrudnienia bezrobotnych do 30-go roku życia,

wnioskuję o refundację:

- wynagrodzeń w kwocie zł

- składki na ubezpieczenia społeczne od w/w wynagrodzeńzł

Ogółem kwota do refundacjizł

(słownie złotych:)

Środki finansowe proszę przekazać na konto wskazane w w/w umowie

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

Załączniki:

1. Rozliczenie finansowe
2. Kopia listy płac z pokwitowaniem odbioru wynagrodzenia
3. Kserokopia listy obecności
4. Kserokopia raportu ZUS - RCA; dowody wpłaty - kopie przelewów i podatek do US za miesiąc refundowany
5. Kserokopia zwolnień lekarskich wraz z kserokopią raportu ZUS – RSA.

Załączniki muszą być potwierdzone za zgodność z oryginałem (pieczętka plus podpis).

..... (Załącznik nr do „Wniosku o zwrot części kosztów...”)
(pieczęć firmowa pracodawcy)

Rozliczenie finansowe wynagrodzeń skierowanych bezrobotnych do 30-go roku życia.

Za okres od do

Lp	Nazwisko i imię zatrudnionego w ramach prac interwencyjnych zgodnie z umową o pracę od do	Wynagrodzenie brutto w zł	Wynagrodzenie refundowane dla pracodawcy z Funduszu Pracy w zł.	Wpłata do ZUS% od rubr. 4 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 pracy)		Zasilek 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)