

Załącznik nr 1 do umowy o refundację części kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenie społeczne za zatrudnione osoby bezrobotne w wieku do 30 roku życia

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć Pracodawcy)

**Powiatowy Urząd Pracy
w Krotoszynie**

W N I O S E K
o zwrot części kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki
na ubezpieczenie społeczne za zatrudnione osoby bezrobotne
do 30 roku życia
za miesiąc

Na podstawie art. 150f ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2016 r., poz. 645 – tekst jedn. z późn. zm.) oraz zgodnie z zawartą umową Nrw dniu
o refundację części kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenie społeczne za zatrudnione osoby bezrobotne w wieku do 30 roku życia, składam wniosek o zwrot części poniesionych kosztów za niżej wymienione osoby bezrobotne:

Imię i nazwisko skierowanego bezrobotnego	Wysokość wynagrodzenia brutto	Wysokość wynagr. podlegającego refundacji (bez wyn. za czas choroby)	% składki na ubezpiecz. społ.	Kwota składki na ubezpiecz. społ.	Wynagr. za czas choroby	Ogółem do refundacji (kol. 3+5+6)
1	2	3	4	5	6	7
Razem:						

Nazwa banku i nr rachunku, na które prosimy przekazać środki finansowe:

.....
.....

Oświadczam, iż podane powyżej informacje są zgodne ze stanem faktycznym.

.....
(podpis i pieczęć imienna Pracodawcy)

Załączniki:

1. kopia listy płac,
2. kopia listy obecności,
3. kopia zwolnień lekarskich (w przypadku wystąpienia) wraz z deklaracją ZUS RSA za skierowanego bezrobotnego oraz raportem o wysyłce i potwierdzeniu dostarczenia deklaracji,
4. kopia imiennego raportu miesięcznego o należnych składkach i wypłaconych świadczeniach (RCA) lub kopią raportu miesięcznego dla osoby ubezpieczonej (RMUA) potwierdzającego opłacenie składek na ubezpieczenia społeczne za osobę zatrudnioną w ramach refundacji wraz z raportami o wysyłce i potwierdzeniu dostarczenia w/w dokumentów,
5. kopia deklaracji ZUS DRA oraz raportem o jej wysyłce i potwierdzeniu dostarczenia,
6. potwierdzenie zapłaty za składki na ubezpieczenie społeczne, zdrowotne, FP i FGŚP,
7. potwierdzenie zapłaty miesięcznej zaliczki na podatek dochodowy od wypłaconych wynagrodzeń.

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)		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.....

.....

.....

Oświadczam, iż podane powyżej informacje są zgodne ze stanem faktycznym.

.....
(opr. Nazwisko i imię, nr tel.)

.....
(pieczętka i podpis Głównego Księgowego)

.....
(pieczętka i podpis Pracodawcy)