……………………………….. ………………………………

(pieczęć firmowa pracodawcy) (miejscowość, data)

**Powiatowy Urząd Pracy**

**w Choszcznie**

**WNIOSEK**

**o zwrot poniesionych kosztów w związku z zatrudnieniem bezrobotnych do 30 roku życia**

**za miesiąc …………………….**

Na podstawie art. 150f., 150g. ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2017 r. poz. 1065) zgłaszamy wniosek o refundację kosztów poniesionych w związku z zatrudnieniem bezrobotnych do 30 roku życia.

Wniosek dotyczy umowy numer ……………………………………… zawartej w dniu ……………………...

- wynagrodzenie refundowane dla pracodawcy w kwocie .…………………………… zł

- wynagrodzenie za czas choroby

od refundowanego wynagrodzenia w kwocie ……………………………. zł

- składki na ubezpieczenia społeczne

od refundowanych wynagrodzeń w kwocie ……..……………………… zł

**Ogółem do refundacji kwota …………..………………… zł**

(słownie złotych: ...…………………………………………………………………………………………………)

Środki finansowe prosimy przekazać ……………………………………………………………………………….

(nazwa banku, nr rachunku)

w terminie 30 dni od otrzymania niniejszego wniosku.

…………………………………………… ……..…………………………………….

(Główny Księgowy, pieczątka i podpis)(Pracodawca, pieczątka i podpis)

Załączniki:

1. Rozliczenie finansowe wynagrodzeń
2. Kserokopia listy płac z potwierdzeniem odbioru wynagrodzenia przez pracownika
3. Kserokopia listy obecności
4. Kserokopia deklaracji ZUS DRA i ZUS RCA; dowody wpłaty – kopie przelewów ZUS i podatku od pracowników
5. Kserokopia zwolnień lekarskich
6. Kserokopia wniosku urlopowego

.............................................................. (Załącznik nr 1 do „Wniosku o zwrot części kosztów ..…”)

Pieczątka firmowa pracodawcy

Rozliczenie finansowe wynagrodzeń osób zatrudnionych w ramach refundacji pracodawcy

lub przedsiębiorcy przez okres 12 miesięcy części kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne skierowanych bezrobotnych do 30 roku życia

**za okres od …………………… do ………………….**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię zatrudnionego  w ramach refundacji 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 Funduszu Pracy w zł  4+5+6 |
| za czas przepracowany | za czas choroby |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Razem** | | |  |  |  |  |
|  | 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 | kwota | Ilość dni | kwota |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **UWAGI:**  Zwolniony dnia ………………………………………. przyczyna zwolnienia …………………………………………………………………  Przyjęty na czas nieokreślony dnia ………………………………………….. zgodnie z pozycją rozliczenia: ………………………………... | | | | | | | |

...……………………………….. ……………………………………………. ………………………………………..

(opr. nazwisko i imię; nr tel.) (Główny Księgowy; pieczątka i podpis) (Pracodawca; pieczątka i podpis)