**Załącznik nr 1 do Umowy o przyznanie vouchera**

…………………………………………. …………………..……………………

 (Dane/pieczęć firmowa Wnioskodawcy) (miejscowość i data)

………………………………………….

(telefon)

**Powiatowy Urząd Pracy**

**w Choszcznie**

**Wykaz wydatków**

**Formy wsparcia wybrane z dostępnego katalogu (można zaznaczyć kilka), z których ma zamiar skorzystać pracodawca**

 [ ]  wynagrodzenie pracownika wraz z jego pochodnymi, premie, dodatki, nagrody funkcjonujące u pracodawcy;

 [ ]  szkolenia dopasowane do potrzeb pracownika i wymagań jakie są niezbędne na danym stanowisku pracy, w tym m.in. przewidujące zmianę/dostosowanie kwalifikacji, coaching;

 [ ]  mobilność zawodowa w postaci zwrotu kosztów dojazdu do pracy

 [ ]  mobilność zawodowa w postaci noclegów (w przypadku zmiany miejsca zamieszkania)

 [ ]  doposażenie stanowiska pracy lub np. zakupienia środka trwałego do firmy niezbędnego do praktycznego przygotowania stanowiska pracy dla nowozatrudnionej osoby;

 [ ]  badania okresowe pracownika

 [ ]  finansowanie opieki nad dzieckiem/osobą zależną

 [ ]  zakup odzieży roboczej

 [ ]  inne, związane z podjęciem i utrzymaniem zatrudnienia na stanowisku pracy przez skierowanego bezrobotnego (w tabeli należy wymienić)

**Zestawienie wydatków dotyczących stanowiska pracy - Voucher nr 1**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj wydatku** | **Kwota jednostkowa brutto** | **Ilość sztuk** | **Koszt łączny brutto** | **Kwota do zrefundowania** | **Uzasadnienie / cel / przeznaczenie wydatku** |
| **A** | **Zestawianie planowanych wydatków, związanych z wynagrodzeniem pracownika** |
| **I** | **Wynagrodzenie pracownika wraz z jego pochodnymi (bez PPK), premie, dodatki, nagrody funkcjonujące u pracodawcy** |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |
| **…** |  |  |  |  |  |  |
| **B** | **Zestawianie planowanych wydatków, innych niż związane z wynagrodzeniem pracownika** |
| **I** | **Szkolenia dopasowane do potrzeb pracownika i wymagań jakie są niezbędne na danym stanowisku pracy** |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |
| **…** |  |  |  |  |  |  |
| **II** | **Zwrot środków za dojazd do pracy** |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |
| **…** |  |  |  |  |  |  |
| **III** | **Zwrot kosztów noclegów w przypadku zmiany miejsca zamieszkania** |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |
| **…** |  |  |  |  |  |  |
| **IV** | **Doposażenie stanowiska pracy** |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |
| **…** |  |  |  |  |  |  |
| **V** | **Sfinansowanie badań okresowych pracownika** |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |
| **…** |  |  |  |  |  |  |
| **VI** | **Sfinansowanie opieki nad dzieckiem/osobą zależną** |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |
| **…** |  |  |  |  |  |  |
| **VII** | **Zakup odzieży roboczej** |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |
| **…** |  |  |  |  |  |  |
| **VIII** | **Inne (proszę podać jakie)** |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |
| **…** |  |  |  |  |  |  |
|  | **Suma** |  |  |  |

**Zestawienie wydatków dotyczących stanowiska pracy - Voucher nr 2 (jeśli dotyczy)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj wydatku** | **Kwota jednostkowa brutto** | **Ilość sztuk** | **Koszt łączny brutto** | **Kwota do zrefundowania** | **Uzasadnienie / cel / przeznaczenie wydatku** |
| **A** | **Zestawianie planowanych wydatków, związanych z wynagrodzeniem pracownika** |
| **I** | **Wynagrodzenie pracownika** **wraz z jego pochodnymi (bez PPK), premie, dodatki, nagrody funkcjonujące u pracodawcy** |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |
| **…** |  |  |  |  |  |  |
| **II** | **Premie, dodatki, nagrody przyznane pracownikowi** |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |
| **…** |  |  |  |  |  |  |
| **B** | **Zestawianie planowanych wydatków, innych niż związane z wynagrodzeniem pracownika** |
| **I** | **Szkolenia dopasowane do potrzeb pracownika i wymagań jakie są niezbędne na danym stanowisku pracy** |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |
| **…** |  |  |  |  |  |  |
| **II** | **Zwrot środków za dojazd do pracy** |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |
| **…** |  |  |  |  |  |  |
| **III** | **Zwrot kosztów noclegów w przypadku zmiany miejsca zamieszkania** |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |
| **…** |  |  |  |  |  |  |
| **IV** | **Doposażenie stanowiska pracy** |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |
| **…** |  |  |  |  |  |  |
| **V** | **Sfinansowanie badań okresowych pracownika** |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |
| **…** |  |  |  |  |  |  |
| **VI** | **Sfinansowanie opieki nad dzieckiem/osobą zależną** |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |
| **…** |  |  |  |  |  |  |
| **VII** | **Zakup odzieży roboczej** |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |
| **…** |  |  |  |  |  |  |
| **VIII** | **Inne (proszę podać jakie)** |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |
| **…** |  |  |  |  |  |  |
|  | **Suma** |  |  |  |

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

Data wypełnienia podpis/podpisy osoby/osób uprawnionych do reprezentowania Pracodawcy