................................................ ............................................

 (pieczęć firmowa Wnioskodawcy) (miejscowość, data)

# Powiatowy Urząd Pracy

 w .................................

## WNIOSEK

o zwrot części kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody i składki na ubezpieczenie społeczne za skierowanych bezrobotnych/poszukujących pracy zatrudnionych w DPS, WRiPZ

Na podstawie postanowień art. 57a ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2022r., poz. 690 z późn. zm.) oraz zgodnie z zawartą w dniu ............................... umową Nr ............................ , prosimy o refundację:

* wynagrodzeń, nagród i składek na ubezpieczenia społeczne w kwocie ..............................zł

Środki finansowe prosimy przekazać: ............................................................................................................................................................................................................................................................................................

( nazwa banku, nr rachunku)

....................................................... ....................................................

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

Załączniki:

* rozliczenie finansowe,
* kopie list płac wraz z pokwitowaniem odbioru wynagrodzeń lub polecenie przelewu na imienne konto pracownika,
* kopia dowodów wpłat do ZUS,
* kserokopia DRA i raportu imiennego RCA,
* kserokopie raportów imiennych RSA.

Wszelkie kserokopie dokumentów winny być potwierdzone przez Pracodawcę za zgodność z oryginałem.

Pracodawca zobowiązany jest dostarczenia ww. dokumentów w takiej formie, aby dane osobowe innych jego pracowników były niewidoczne dla Urzędu.

 ROZLICZENIE FINANSOWE

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwisko i imię zatrudnionego w DPS, WRiPZ** | **Okres****zatrudnienia****w miesiącu** | **Wynagrodzenie brutto****(w zł)** | **Wynagrodzenie refundowane****(w zł)** |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** |
| **1.** |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |  |
| **7.** |  |  |  |  |
| **8.** |  |  |  |  |
| **9.** |  |  |  |  |
| **10.** |  |  |  |  |
| Ogółem do refundacji**słownie złotych:** |  |
|

Ponadto informuję, że niżej wymienieni pracownicy zatrudnieni w DPS, WRiPZ korzystali ze zwolnienia lekarskiego bądź urlopu bezpłatnego:

 .

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwisko i imię zatrudnionego****w DPS, WRiPZ** | **Zwolnienie lekarskie****od -do** | Wynagrodzenie za czas choroby**(płatne z funduszu pracodawcy)** | **Zasiłek chorobowy 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*** |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |  |  |  |  |
| **7.** |  |  |  |  |  |  |  |

 Uwagi:

 Zwolniony dnia .......................przyczyna zwolnienia ............................ przyjęty na czas nieokreślony ...................................

......................................... ........................................... ..............................................

 (opr. nazwisko i imię) (pieczęć i podpis gł. księgowego) (pieczęć i podpis pracodawcy