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

(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

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