|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Pieczęć organizatora |  | /miejscowość, data/ |

**Powiatowy Urząd Pracy we Włoszczowie**

**WNIOSEK**

o refundację części kosztów związanych z zatrudnieniem pracowników do 30 roku życia na podstawie umowy nr ……….…..   
zawartej w dniu………………za miesiąc………………..

Składki na ubezpieczenia społeczne należne od pracodawcy .……..% w tym składka na ubezpieczenie wypadkowe .……..%

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię zatrudnionego  w ramach refundacji kosztów wynagrodzenia | Wynagrodzenie brutto bez wynagrodzenia za czas choroby | Wynagrodzenie za czas choroby | Zasiłek chorobowy | Składka ZUS płatna przez pracodawcę | Razem kol. 3+4+5+6 | Liczba dni za które wypłacono | | | Warunki umowy | | Ogółem do refundacji |
| wynagrodzenie | wynagr. za czas choroby | zasiłek chorobowy | Wysokość wynagrodzenia podlegająca refundacji | Składka ZUS  do zrefundowania |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| RAZEM | | | | | | | | | |  |  |  |

Łączna kwota do zrefundowania …………………..……*(słownie złotych* ……………………..……………………………………….……………………………………)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Przyznane środki z Funduszu Pracy proszę przekazać na konto:

Załączniki:

1. Kserokopie list płac zatrudnionych w ramach refundacji (z pokwitowaniem odbioru wynagrodzenia lub kopia przelewu wynagrodzenia na konto).
2. Kserokopie list obecności zatrudnionych w ramach umowy o refundację.
3. Deklaracje ZUS (DRA, RCA, RSA).
4. Dowody wpłaty składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne oraz FP.
5. Świadectwa pracy zwolnionych pracowników.
6. Zaświadczenia lekarskie (druk ZUS ZLA) lub wydruki zaświadczeń lekarskich (e-ZLA).

*Kopie i kserokopie dokumentów muszą być potwierdzone za zgodność z oryginałem (czytelny podpis i pieczątka)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| /Sporządził/ |  | /Główny księgowy/ |  | /Pracodawca, pieczątka i podpis/ |

**DECYZJA PUP O REFUNDACJI**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Sprawdził pod względem merytorycznym |  | Sprawdził pod względem formalnym i rachunkowym |  | Zatwierdzono do refundacji zł……………..……. słownie złotych…………..……………………..……….. | | |
|  |  |  | | |
|  | | |
| /data i podpis/ | /data i podpis/ |  | /data i podpis/ |  | |