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

pieczęć firmowa Pracodawcy miejscowość, data

**POWIATOWY URZĄD PRACY**

w Mysłowicach

**WNIOSEK**

o refundację części kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki   
na ubezpieczenia społeczne za skierowanych bezrobotnych do 30 roku życia

**za miesiąc** ................................................ **roku**……………

Zgodnie z art. 60m ustawy z dnia 20.04.2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy   
(tekst jednolity Dz. U. z 2016r. poz. 645 z późn. zm.) zgłaszamy wniosek o refundację części kosztów wynagrodzenia i składek na ubezpieczenia społeczne ze środków Funduszu Pracy.

Wniosek dotyczy umowy nr .................................................................. zawartej w dniu ...................................................

Ogólna kwota refundacji do wypłaty wynosi ................................... zł

Refundację proszę przekazać na konto nr ……………………………………………………………………..

(nazwa banku, nr rachunku)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwisko i imię osoby zatrudnionej w związku  z przyznaną refundacją | Wydatki poniesione przez pracodawcę | | | Do refundacji z Funduszu Pracy | | | |
| Wynagrodzenie brutto w rozliczanym okresie w zł. | Wynagrodzenie za czas choroby | Składki na ubezpieczenie społeczne …..%  w zł. | Wynagrodzenie z PUP za czas przepracowany | Składka ZUS od poz. 5 | Refundacja wynagrodz. za czas choroby | Razem do refundacji (kwota z poz. 5-7) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ponadto informuję, że wyżej wymieniony pracownik korzystał ze zwolnienia lekarskiego bądź urlopu bezpłatnego: | | | | | | |
| Zwolnienie lekarskie do  33 dni  od - do | Wynagrodzenie za czas choroby  (płatne z funduszu pracodawcy) | | Zwolnienie lekarskie powyżej 33 dni  od - do | Zasiłek chorobowy  (płatny z ZUS) | | Urlop bezpłatny  od - do |
| Liczba dni | Kwota w zł | Liczba dni | Kwota w zł |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

……………………………………………………… ………………………………………………

rozliczenie przygotował: imię i nazwisko; nr tel. Pieczątka i podpis Pracodawcy

Załączniki:

1. kserokopia listy obecności osoby zatrudnionej w ramach refundacji, (wzór – zał. nr 1)
2. kserokopia druków ZUS ZLA osoby zatrudnionej w ramach przyznanej refundacji (jeżeli takie występują),
3. kserokopia listy płac osoby zatrudnionej w ramach przyznanej refundacji,
4. kserokopia potwierdzenia wypłaty wynagrodzenia dla osoby zatrudnionej w ramach przyznanej refundacji,
5. kserokopie raportów imiennych ZUS RCA i ZUS RSA (jeżeli takie występują) osoby zatrudnionej   
   w ramach przyznanej refundacji,
6. kserokopię deklaracji rozliczeniowej ZUS DRA,
7. kserokopie dowodu wpłat składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy, FGŚP, FEP oraz podatków do US.
8. w przypadku urlopu bezpłatnego kserokopia wniosku urlopowego złożonego przez pracownika

*Wszystkie kserokopie muszą być potwierdzone przez Pracodawcę bądź osobę uprawnioną   
do reprezentowania wnioskodawcy klauzulą „za zgodność z oryginałem”.*