Powiatowy Urząd Pracy w Lesznie
ul. Śniadeckich 5, 64-100 Leszno
tel. 65 529 50 67, tel./fax 65 529 94 33
e-mail: sekretariat@leszno.praca.gov.pl

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć firmowa pracodawcy/przedsiębiorcy)

WNIOSEK

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

Na podstawie art. 150f ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2017 r. poz. 1065) oraz zgodnie z umową **Nr** …….. o zorganizowanie zatrudnienia w sprawie refundacji pracodawcy lub przedsiębiorcy części kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne skierowanych bezrobotnych do 30 roku życia, prosimy o refundację za **miesiąc** …… .

- Wynagrodzeń w kwocie .....zł
- Wynagrodzeń za czas choroby w kwocie .....zł
- Składki na ubezpieczenie społeczne od refundowanych wynagrodzeń .....zł

Ogółem do refundacji .....zł

(słownie złotych:.....)

Środki finansowe prosimy przekazać .....
(nazwa banku)

__ __-__ __ __ __-__ __ __ __-__ __ __ __-__ __ __ __-__ __ __ __-__ __ __ __
(nr rachunku)

....
(główny księgowy, pieczątka i podpis) (pracodawca/przedsiębiorca pieczątka i podpis)

Załączniki:
1. Rozliczenie finansowe,
2. Kopia listy płac z pokwitowaniem odbioru wynagrodzenia (lub kopia przelewu wynagrodzenia na konto),
3. Kserokopia listy obecności,
4. Kserokopia deklaracji ZUS (DRA, RCA), dowody wpłaty ZUS,
5. Kserokopia zwolnień lekarskich.

……..
(pieczęć firmowa pracodawcy/przedsiębiorcy)

Rozliczenie finansowe wynagrodzeń osób zatrudnionych w ramach refundacji za okres od ……do ……

L.p.	Nazwisko i imię zatrudnionego w ramach refundacji zgodnie z umową o pracę.	Wynagrodzenie brutto w zł wypłacone przez pracodawcę przedsiębiorcę.	Wynagrodzenie refundowane dla pracodawcy/ przedsiębiorcy z Funduszu Pracy w zł.	Wynagrodzenie za czas choroby refundowane dla pracodawcy/ przedsiębiorcy z Funduszu Pracy w zł.	%składki na ubezp. społeczne	Kwota składki na ubezp. społeczne	Razem do refundacji z FP w zł.
Ogółem do refundacji: słownie złotych: ……..							

Ponadto informuję, że niżej wymienieni pracownicy korzystali ze zwolnienia lekarskiego bądź urlopu bezpłatnego:							
L.p.	Nazwisko i Imię	Zwolnienie lekarskie od -do	Wynagrodzenie za czas choroby (płatne z funduszu pracodawcy)		Zasiłek chorobowy (płatny z ZUS)		Urlop bezpłatny od - do
			Ilość dni od - do	Kwota w zł.	Ilość dni od - do	Kwota w zł.	

Uwagi:

Zwolniony dnia……..
przyczyna zwolnienia……..

…… ……
(Główny Księgowy; pieczątka i podpis) (Pracodawca; pieczątka i podpis)