



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@pupleszno.pl



(miejscowość, data)

(pieczęć firmowa pracodawcy/przedsiębiorcy)

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 2016 r. poz. 645 z późn. zm.) 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, pieczętka i podpis)

(pracodawca/przedsiębiorca pieczętka 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 oddo**

L.p.	Nazwisko i imię zatrudnionego w ramach refundacji zgodnie z umową o pracę.	Wynagrodzenie brutto w zł wyплаcone 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 ubezpiecz. społeczne	Kwota składki na ubezpiecz. 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; pieczęć i podpis)

.....
(Pracodawca; pieczęć i podpis)