Żuromin, ……..………………………

……………………………..

( pieczęć pracodawcy )

**Powiatowy Urząd Pracy**

**w Żurominie**

**ul. Lidzbarska 27 A**

**W NIOSEK**

**o refundację części wynagrodzenia zatrudnionego skierowanego bezrobotnego do 30-go roku życia na zasadach określonych w art.150f ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy**

Na podstawie art. 150f, ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jednolity: Dz. U. z 2017 r., poz. 1065) w związku z zawartą w dniu............................umową nr........................................................................w sprawie refundacji pracodawcy lub przedsiębiorcy przez okres 12 miesięcy część kosztów poniesionych na: wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne dla bezrobotnych skierowanych przez Powiatowy Urząd Pracy, proszę o refundację części wydatków poniesionych na:

- wynagrodzenie refundowane dla …….bezrobotnych wysokości ………………………....... zł

- składki na ubezpieczenie społeczne od refundowanych wynagrodzeń w rozumieniu art. 2, ust. 1 pkt 38 ww. ustawy …………………………………………………………………………………………….zł

Ogółem kwota refundacji .... zł

( słownie zł.:.......................................................................................................................................................)

Jednocześnie oświadczam, że warunki zawartej umowy z Powiatowym Urzędem Pracy w Żurominie   
są przestrzegane.

Ww kwotę proszę przekazać na konto bankowe nr:

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

………………………………………….. ……………………………………………..

( pieczęć i podpis głównego księgowego) (pieczęć i podpis organizatora/wykonawcy)

**Załączniki:**

1. **rozliczenie finansowe wynagrodzeń za miesiąc ..........................;**
2. **kopia listy płac z potwierdzeniem odbioru wynagrodzenia za miesiąc…………………..;**
3. **kserokopie deklaracji RCA,DRA,RSA, dowody wpłat składek na ubezpieczenie społeczne, składek na ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy; za miesiąc………………………..**
4. **kserokopie list obecność za miesiąc ……………………………………**
5. **kserokopie zwolnień lekarskich ;**

( kserokopie dokumentów powinny być potwierdzone za zgodność z oryginałem )

Załącznik do wniosku z dnia...........................

**ROZLICZENIE FINANSOWE WYNAGRODZEŃ**

**zatrudnionych w ramach refundacji części wynagrodzenia zatrudnionego bezrobotnego/ych do 30 –go roku życia**

**na zasadach określonych w art. 150f ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy**

**za okres od**...........................................do........................................................................................

**w ramach zawartej umowy z dnia** ………………………………**Nr**………………………………………………………

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.P | Imię i nazwisko bezrobotnego zatrudnionego w ramach prac interwencyjnych | Zatrudniony  dnia | Zwolniony dnia | Wynagrodzenie brutto | Okres za czas niezdolności do pracy  od ………...  do………… | Kwota wynagrodze- nia chorobowego | Dni nieprzepracowane od……………  do…………….. ( z wyłączeniem rub.6) | Wynagrodzenie do refundacji | Wynagrodzenie za czas choroby podlegające refundacji | Składki na ubezpieczenie społeczne od rub.9 | Ogółem refundacja  poz. 9-11 |
| 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. | 7. | 8. | 9. | 10. | 11. | 12. |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Ogółem do refundacji:** | | | | | | | |  |  |  |  |

Słownie zł:………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Wynagrodzenie za czas niezdolności do pracy wypłacone przez Zakład Pracy – liczba dni ……………………………..,
2. Zasiłek chorobowy wypłacony przez Zakład Pracy/ZUS - liczba dni…………………………………..

……………………………………… …………………………………….. ………………………......

(Podpis i telefon osoby sporządzającej) (Główny księgowy) (Organizator/Wykonawca)