



POWIATOWY URZĄD PRACY w ŻUROMINIE

ul. Lidzbarska 27A, 09-300 Żuromin,
tel. (23) 6573163, 6574106, fax (23) 6573163 wew. 34
e-mail: wazu@praca.gov.pl lub pup@pupzuromin.pl



Żuromin,

.....
(pieczęć pracodawcy)

**Powiatowy Urząd Pracy
w Żurominie
ul. Lidzbarska 27 A**

W N I O S E K

**o dofinansowanie wynagrodzenia za zatrudnienie skierowanego bezrobotnego, który
ukończył 50 lat, a nie ukończył 60 lat, za miesiąc/okres
...../202..... r.**

Stosownie do postanowień art. 60d ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jednolity Dz. U z 2023 r. poz. 735) w związku z zawartą w dniu umową nr CAZ.6342...../.....składałam wniosek o dofinansowanie wynagrodzenia za zatrudnienie skierowanego bezrobotnego, który ukończył 50 lat, a nie ukończył 60 lat w kwociezł

W/w kwotę proszę przekazać na konto bankowe nr:
.....

.....
Miejscowość

.....
Data

.....
Pieczęćka i podpis Pracodawcy/Przedsiębiorcy
lub osoby upoważnionej

Załączniki:

1. Rozliczenie finansowe wynagrodzenia za miesiąc,
2. kserokopia listy płac z potwierdzeniem odbioru wynagrodzenia za miesiąc.....,
3. kserokopia listy obecności za miesiąc,
4. kserokopia deklaracji RCA, RSA dotyczącej skierowanego bezrobotnego zatrudnionego za miesiąc,
5. kserokopie zwolnień lekarskich pracownika, na którego przysługuje dofinansowanie wynagrodzenia.
(kserokopie dokumentów powinny być potwierdzone za zgodność z oryginałem)

ROZLICZENIE FINANSOWE WYNAGRODZEŃ
zatrudnionego w ramach dofinansowania wynagrodzenia za zatrudnienie skierowanego bezrobotnego, który ukończył 50 lat, a nie ukończył 60 lat,
na zasadach określonych za art. 60 d ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy

okres od.....do.....

w ramach zawartej umowy z dnia Nr CAZ. 6342...../.....

L.P	Imię i nazwisko bezrobotnego zatrudnionego	Zatrudniony dnia	Zwolniony dnia	Wynagrodzenia brutto	Okres za czas niezdolności do pracy od do.....	Kwota wynagrodzenia chorobowego	Dni nieprzepracowane od..... do..... (z wyłączeniem rub.6)	Kwota dofinansowania
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.
Ogółem do refundacji:								

Słownie zł:

.....
Miejscowość

.....
Data

.....
Pieczęć i podpis Pracodawcy/Przedsiębiorcy
lub osoby upoważnionej