



# 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](mailto:wazu@praca.gov.pl) lub [pup@pupzuromin.pl](mailto: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 2024 r. poz. 475) w związku z zawartą w dniu .....  
umową nr CAZ.6342...../..... składam wniosek o dofinansowanie wynagrodzenia za  
zatrudnienie skierowanego bezrobotnego, który ukończył 50 lat, a nie ukończył 60 lat w kwocie  
..... zł

W/w kwotę proszę przekazać na konto bankowe nr:

.....

.....  
Miejscowość

.....  
Data

.....  
Pieczęć 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	Wynagrodzenie 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.
<b>Ogółem do refundacji:</b>								

Słownie zł: .....

.....  
Miejscowość

.....  
Data

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