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 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 ze zm.) w związku z zawartą w dniu ……. umową nr CAZ.6342……/…… składam wniosek o dofinansowanie wynagrodzenia za zatrudnienie skierowanego bezrobotnego, który ukończył 60 lat w kwocie ……. zł

W/w kwotę proszę przekazać na konto bankowe nr:

.....

.....	.....	.....
Miejscowość	Data	Pieczątka 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).

Załącznik nr 1 do wniosku z dnia……

ROZLICZENIE FINANSOWE WYNAGRODZEŃ
zatrudnionego w ramach dofinansowania wynagrodzenia za zatrudnienie skierowanego bezrobotnego, który 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.
Ogółem do refundacji:								

Słownie zł: ……..

..... ……..... …….....
Miejscowość Data Pieczątka i podpis Pracodawcy/Przedsiębiorcy lub osoby upoważnionej