.................................................... ....................................., dnia ..........................

( pieczęć firmowa pracodawcy )

**Powiatowy Urząd Pracy**

.................................................... **ul. Zaciszna 2**

(znak sprawy) **63-200 Jarocin**

**W N I O S E K**

**o zwrot części kosztów poniesionych na wynagrodzenia, za skierowanych**

**bezrobotnych 50 PLUS**

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

Na podstawie art. 60d ustawy z dnia 20.04.2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2018 r. poz. 1265 i 1149) oraz zgodnie z zawartą umową Nr.............................................................................

z dnia......................................… na okres …............................. o dofinansowanie wynagrodzenia, prosimy o refundację:

Ogólna kwota do refundacji za …......................... zatrudnionego/ych wynosi..................................................................zł.

Słownie złotych: ………………............................................................................................................................................

**Rozliczenie finansowe:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Imię i nazwisko zatrudnionego | Wynagrodzenie brutto z listy płac w zł. | Refundacja wynagrodzenia za pracę dla pracodawcy z F.P. w zł. | Refundacja  wynagrodzenia dla pracodawcy za czas choroby w zł. | Razem do  refundacji  z F.P. w zł.  4+5+6 |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **7** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Ogółem: | | | | |  |

-2-

**Ponadto informuję, że niżej wymienieni pracownicy korzystali ze zwolnienia**

**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:**

Zwolniona osoba dnia …......................................... przyczyna.............................................................

przyjęty na czas od dnia................................. do dnia.............................. nr poz. rozliczenia...............

(dołączyć odpowiednio: świadectwo pracy lub umowę o pracę)

Środki finansowe prosimy przekazać …................................................................................................

(nazwa banku, nr rachunku)

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

(Główny księgowy) (Pracodawca, pieczątka i podpis)

**Załączniki:**

1. Kopia listy płac z pokwitowaniem odbioru wynagrodzenia(przelew, dowód KW lub podpis pracownika na liście.
2. Kserokopia listy obecności.
3. Deklaracja ZUS DRA i RCA.
4. Kserokopie zwolnień lekarskich.

**(Dokumenty potwierdzone za zgodność z oryginałem)**