



Projekt pilotażowy „Stabilna praca-silna rodzina”- „MŁODZI PLUS”

załącznik nr 6 do Zasad

.....
(pieczęć firmowa Wnioskodawcy)

.....,dnia

.....
Znak sprawy

Powiatowy Urząd Pracy
ul. Zaciszna 2
63-200 Jarocin

W N I O S E K

o zwrot poniesionych kosztów w ramach przyznanego subsydium na wynagrodzenia młodych do 30 roku życia

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

Na podstawie zawartej umowy Nr.....z.dn.....na okresprosimy o zwrot poniesionych kosztów w ramach subsydium na zatrudnienie młodych do 30 roku życia.

Ogólna kwota do subsydium zazatrudnionego/yh wynosi.....zł.

Słownie złotych:.....

Rozliczenie finansowe

L.p	Imię i Nazwisko zatrudnionego	Wynagrodzenie brutto z listy płac w zł.	Subsydium na zatrudnienie młodych do 30 roku życia z F.P. w zł.
1	2	3	4
Ogółem:			

**Ponadto informuję, że niżej wymienieni pracownicy korzystali ze zwolnienia lekarskiego
bądź urlopu bezpłatnego, macierzyńskiego, wychowawczego**

L. p.	Nazwisko I Imię	Zwolnienie lekarskie od-do	Wynagrodzenie za czas choroby (płatne z funduszu pracodawcy)		Zasiłek chorobowy (płatny z ZUS)		Urlop bezpłatny macierzyński, wychowawczy od - do
			Ilość dni od -do	Kwota zł.	Ilość dni od-do	Kwota w zł.	

Środki finansowe prosimy przekazać:

.....
.....
(nazwa banku, nr rachunku)

.....
Imię i nazwisko, nr telefonu osoby do kontaktu

.....
(pieczęćka i podpis Wnioskodawcy)

Załączniki:

- 1) Kopia listy płac z pokwitowaniem odbioru wynagrodzenia(przelew, dowód KW lub podpis pracownika na liście plac)
- 2) Kserokopia listy obecności
- 3) Kserokopia Deklaracji ZUS, DRA, RCA, RSA,
- 4) Wpłaty-kopie przelewów, opłat składek ZUS.
- 5) Kserokopie ewentualnych zwolnień lekarskich.

(Dokumenty potwierdzone za zgodność z oryginałem)