



\_\_\_\_\_  
(miejscowość, data)

\_\_\_\_\_  
(pieczęć firmowa pracodawcy)

**Powiatowy Urząd Pracy  
w Nidzicy**

**W N I O S E K**  
**o zwrot części kosztów poniesionych z tytułu zatrudnienia bezrobotnych  
do 30 roku życia**

**I.** Na podstawie art. 150f ustawy z 20.04.2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz zgodnie z umową zawartą w dniu \_\_\_\_\_ prosimy o refundację części kosztów poniesionych na:

- 1) wynagrodzenie dla \_\_\_\_\_ bezrobotnego/ych w kwocie \_\_\_\_\_ zł
- 2) składki na ubezpieczenie społeczne od refundowanych  
wynagrodzeń w wysokości \_\_\_\_\_ % w kwocie \_\_\_\_\_ zł
- 3) ogółem do refundacji kwota \_\_\_\_\_ zł

Słownie złotych: \_\_\_\_\_

**II.** Środki finansowe prosimy przekazać na rachunek bankowy nr \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Główny Księgowy, pieczęć i podpis)

\_\_\_\_\_  
(Pracodawca, pieczęć i podpis)

**Załączniki:**

1. Kserokopia listy płac z pokwitowaniem odbioru wynagrodzenia
2. Kserokopia: deklaracji ZUS i dowodów wpłaty
3. Kserokopia dowodów wpłaty podatku
4. Kserokopia zwolnień lekarskich

**Dołączone do wniosku kserokopie winny być potwierdzone za zgodność z oryginałem.**

**Uwaga:**

**Przez kopię potwierdzoną za zgodność z oryginałem należy rozumieć:**

Kopię dokumentu zawierającą klauzulę „zgodne z oryginałem” lub „za zgodność z oryginałem” umieszczoną na każdej stronie dokumentu wraz z pieczęcią i czytelnym podpisem (lub podpisem nieczytelnym wraz z imienną pieczęcią) Pracodawcy.

**Rozliczenie finansowe zatrudnionych bezrobotnych do 30 roku życia**  
**za okres od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_**

| Lp.                                | Nazwisko i imię | Wynagrodzenie brutto w zł | Wynagrodzenie refundowane dla pracodawcy w zł. | składka ZUS od wynagrodzenia refundowanego w zł. | Razem kwota do refundacji w zł. |
|------------------------------------|-----------------|---------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------|
| 1                                  | 2               | 3                         | 4                                              | 5                                                | 6                               |
|                                    |                 |                           |                                                |                                                  |                                 |
|                                    |                 |                           |                                                |                                                  |                                 |
|                                    |                 |                           |                                                |                                                  |                                 |
|                                    |                 |                           |                                                |                                                  |                                 |
| <b>Ogółem do refundacji kwota:</b> |                 |                           |                                                |                                                  |                                 |

Ponadto informuję, że niżej wymienieni pracownicy korzystali ze zwolnienia lekarskiego bądź urlopu bezpłatnego:

| Lp. | Nazwisko i imię | Zwolnienie lekarskie od-do | Wynagrodzenie za czas choroby (płatne z funduszu pracodawcy) |            | Zasilek chorobowy (płatny z ZUS) |            | Urlop bezpłatny od-do |
|-----|-----------------|----------------------------|--------------------------------------------------------------|------------|----------------------------------|------------|-----------------------|
|     |                 |                            | od-do                                                        | kwota w zł | od-do                            | kwota w zł |                       |
| 1   | 2               | 3                          | 4                                                            | 5          | 6                                | 7          | 8                     |
|     |                 |                            |                                                              |            |                                  |            |                       |
|     |                 |                            |                                                              |            |                                  |            |                       |
|     |                 |                            |                                                              |            |                                  |            |                       |
|     |                 |                            |                                                              |            |                                  |            |                       |

\_\_\_\_\_  
*(opracował; nazwisko i imię; nr tel.)*

\_\_\_\_\_  
*(Główny Księgowy; pieczętka i podpis)*

\_\_\_\_\_  
*(Pracodawca; pieczętka i podpis)*