**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*(miejscowość, data)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(pieczęć firmowa pracodawcy)* **Powiatowy Urząd Pracy**

**w Nidzicy**

# W N I O S E K

**o zwrot części kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne z tytułu zatrudnienia skierowanych bezrobotnych w domu pomocy społecznej oraz jednostce organizacyjnej wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej**

**I.** Na podstawie ustawy z 20.04.2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz zgodnie z umową zawartą w dniu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ w sprawie organizacji zatrudnienia w domu pomocy społecznej lub w jednostce organizacyjnej wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej 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

1. Ogółem do refundacji kwota \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_zł

Słownie złotych: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Pracodawca; pieczątka i podpis)*

**Załączniki:**

1. Kserokopia listy płac z pokwitowaniem odbioru wynagrodzenia.
2. Kserokopie: deklaracji ZUS i dowód wpłaty składek.
3. Kserokopia dowodu wpłaty podatku.

***Dołączone do wniosku kserokopie winny być potwierdzone za zgodność  
z oryginałem wraz z pieczątką i czytelnym podpisem (lub podpisem nieczytelnym wraz z imienną pieczęcią) Pracodawcy.***

**Rozliczenie finansowe wynagrodzeń**

**osób zatrudnionych w domu pomocy społecznej oraz jednostce organizacyjnej wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej**

**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 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Ogółem do refundacji kwota:** | | | | |  |

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

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(opracował: nazwisko i imię, nr telefonu) ( Pracodawca; pieczątka i podpis )*