



POWIATOWY URZĄD PRACY W NIDZICY

ul. Traugutta 23, 13 - 100 NIDZICA, ☎ 89 6250 130, fax. 89 6250 139, e-mail: olni@up.gov.pl

_____ (miejsowość, data)

_____ (pieczęć firmowa pracodawcy)

**Powiatowy Urząd Pracy
w Nidzicy**

WNIOSK

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
 3. Ogółem do refundacji kwota _____ zł

Słownie złotych: _____

II. Środki finansowe prosimy przekazać na rachunek bankowy nr _____

_____ (Pracodawca; pieczęć 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 pieczętką 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) | | Zasilek (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; pieczętka i podpis)