 **POWIATOWY URZĄD PRACY**

 ul. Bema 2, 21–200 Parczew tel./fax. 83 355-16-30

 e-mail: **lupa@praca.gov.pl**,strona internetowa:[**www. parczew.praca.gov.pl**](http://www.pupparczew.pl)

 **........................................**

(miejscowość, data)

**………………………………………**

(pieczęć Wnioskodawcy)

**POWIATOWY URZĄD PRACY**

**w Parczewie**

### **WNIOSEK**

**o zwrot kosztów poniesionych w związku z zatrudnieniem bezrobotnych**

**do 30 roku życia**

**za miesiąc …………………………….. 201…… r.**

Wniosek dotyczy umowy numer ........................ zawartej w dniu ..........................r.

**Wnioskujemy o refundację części wydatków poniesionych na:**

* wynagrodzenie dla ……… bezrobotnego(ych) w wysokości ……………………………zł

* składki na ubezpieczenie społeczne od ww. kwoty w wysokości ……………………………zł
* wynagrodzenie za czas choroby ……………………………zł

**Ogółem do refundacji**  ……………………………zł

(słownie złotych):……………………………………………………………………………………………………………………………………….zł

Należność prosimy przekazać na konto w

Nr

 ………………………………………………….

 (Główny księgowy, pieczątka i podpis) (Wnioskodawca, pieczątka i podpis)

**Załączniki:**

* lista płac – zatwierdzona do wypłaty przez upoważnione osoby zawierająca potwierdzenia odbioru przez pracowników wynagrodzenia lub dowody wpłaty na ROR-y,
* deklaracja rozliczeniowa ZUS DRA,
* kopia raportu imiennego ZUS RCA lub RSA zatrudnionej osoby w ramach refundacji,
* dowody wpłaty – składek na ubezpieczenie społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy i Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych /51, 52, 53/ zgodnie z deklaracją ZUS DRA i RCA, -
* dowód wpłaty zaliczki na podatek dochodowy,
* lista obecności,
* kserokopia zwolnienia lekarskiego

**Wszystkie załączniki do wniosku będące kserokopiami muszą być poświadczone za zgodność z oryginałem**

**………………………………………**

 (pieczęć Wnioskodawcy)

**Załącznik 1 do Wniosku o refundację za okres od………………………….. do…………………….……….**

**w ramach zawartej umowy nr ……………………….. z dnia ……………………………..**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię****i****Nazwisko** | **Zatrudniony dnia** | **Zwolniony dnia** | **Wynagrodzenie brutto** | **Wynagrodzenie za czas niezdolności do pracy****od …………………****do …………………** | **Kwota wynagrodzenia chorobowego** | **Kwota zasiłku chorobowego** | **Dni nieprzepracowane****od ………………****do ………………****(z wyłączeniem****rubr. 6)** | **Wynagrodzenie do refundacji** | **Wynagrodzenie za czas choroby** | **FUS****……………….****(do****rubr.****10)** | **Ogółem****do refundacji****(rubr. 10+11+12)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **OGÓŁEM DO REFUNDACJI:** |  |  |  |  |

**Wynagrodzenie za czas niezdolności do pracy, zasiłek chorobowy wypłacił:**

* **Zakład pracy\***
* **ZUS\***

..................................................... ............................................................

 (Główny księgowy, pieczątka i podpis) (Wnioskodawca , pieczątka i podpis)

**\*podkreślić odpowiednie**