

.....
(miejsowość; data)

.....
(pieczętka firmowa Wnioskodawcy)

**POWIATOWY URZĄD PRACY
w Pułtusk**

**WNIOSEK
o refundację części kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki
na ubezpieczenia społeczne skierowanych bezrobotnych
do 30 roku życia**

Na podstawie zawartej Umowy nr z dnia
**o refundację części kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na
ubezpieczenia społeczne za zatrudnione osoby bezrobotne do 30 roku życia w pełnym
wymiarze czasu pracy, prosimy o refundację za miesiąc**

Wynagrodzenia/ń w kwocie /zgodnie z umową/
Składki/ek na ubezpieczenie/a społeczne /od refundowanego/ych wynagrodzenia/eń/
Wynagrodzenie za czas choroby
OGÓLEM do refundacji

Środki finansowe prosimy przekazywać na konto:

nr /26 cyfr/
w banku

.....
(pieczętka i podpis Wnioskodawcy)

Załączniki poświadczone przez Pracodawcę za zgodność z oryginałem:

- kserokopia listy obecności;
- kserokopia listy płac wraz z pokwitowaniem odbioru wynagrodzenia przez pracownika(ów) lub potwierdzenie przelewu wynagrodzenia na rachunek bankowy pracownika;
- kserokopia odcinków ZUS – dowody opłacenia składek;
- kserokopia deklaracji ZUS – DRA;
- kserokopia deklaracji ZUS – RCA skierowanych bezrobotnych;

w przypadku choroby pracownika:

- kserokopia deklaracji ZUS – RSA lub
- kserokopia zwolnienia lekarskiego lub innego dokumentu potwierdzającego niezdolność do pracy spowodowanej chorobą.

Dokumentów bez kompletu załączników nie przyjmujemy!

Rozliczenie finansowe wynagrodzeń osób zatrudnionych do 30 roku życia

za miesiąc

Lp.	Nazwisko i imię osoby zatrudnionej do 30 roku życia	Ilość godzin: do przepracowania/ przepracowanych	Wynagrodzenie brutto płacone przez pracodawcę	ZUS od wynagrodzenia z kolumny 4 (składki: emerytalna – 9,76%, rentowa – 6,5% wypadkowa – indywidualna dla pracodawcy)	Wynagrodzenie refundowane przez PUP (bez chorobowego)	Wynagrodzenie refundowane przez PUP za czas choroby (płatne z funduszu płaconego przez pracodawcę)	ZUS od wynagrodzenia refundowanego % od rubryki 6	Razem do refundacji (suma z rubryki 6,7 i 8)
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.
RAZEM								

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

Lp.	Nazwisko i imię osoby zatrudnionej do 30 roku życia	Zwolnienie lekarskie		Wynagrodzenie za czas choroby (płatne z funduszu płaconego przez pracodawcę)		Zasiłek chorobowy (płatny z ZUS)		Urlop bezpłatny od do
		Ilość dni od do.....	kwota	Ilość dni od do.....	kwota	Ilość dni od do.....	kwota	
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.

.....
(opracował – imię i nazwisko, nr telefonu)

.....
(pieczętka i podpis Wnioskodawcy)