

.....
(pieczęć firmowa pracodawcy)

.....
(miejscowość, data)

WNIOSEK

o zwrot części kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody i składki na ubezpieczenie społeczne skierowanych bezrobotnych do 30 roku życia

Na podstawie art. 150f ust. 1 ustawy z dnia 20.04.2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jednolity Dz.U. z 2015 r., poz. 149 z późn. zm.) oraz zgodnie z umową nr zawartą w dniu r. o refundację części kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenie społeczne skierowanych bezrobotnych do 30 roku życia

Prosimy o refundację:

-wynagrodzeń w kwociezł.

-składki na ubezpieczenie społeczne od refundowanych wynagrodzeń w kwociezł.

Ogółem do refundacji kwota.....zł.

(słownie złotych:)

Środki finansowe prosimy przekazać

.....

(nazwa banku, nr rachunku)

w terminie dni od otrzymania niniejszego wniosku.

.....
(Główny Księgowy, pieczętka i podpis)

.....
(Pracodawca, pieczętka i podpis)

Załączniki:

1. Rozliczenie finansowe
2. Kopia listy płac z pokwitowaniem odbioru wynagrodzenia
3. Kserokopia listy obecności
4. Kserokopia Deklaracji ZUS; dowody wpłaty – kopie przelewów.
5. dowód potwierdzenia wpłaty zaliczki na podatek dochodowy.
5. Kserokopie zwolnień lekarskich.

.....
(pieczęć firmowa pracodawcy)

(Załącznik nr..... do „Wniosku o zwrot części kosztów...”)

Rozliczenie finansowe wynagrodzeń osób zatrudnionych w ramach zawartej umowy o refundację części kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenie społeczne skierowanych
bezrobotnych do 30 roku życia
za okres od do

Lp.	Nazwisko i imię zatrudnionego bezrobotnego zgodnie z umową o pracę oddo	Wynagrodzenie brutto w zł	Wynagrodzenie refundowane pracodawcy zł	Wpłata do ZUS % od rubr. 4 w zł	Razem do refundacji w zł
1	2	3	4	5	6
Ogółem do refundacji: słownie złotych:					

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)		Zasiłek chorobowy (płatny z ZUS)		Urlop bezpłatny od - do
			ilość dni od - do	kwota w zł	ilość dni od - do	kwota w zł	
1	2	3	4	5	6	7	8
UWAGI: Zwolniony dnia przyczyna zwolnienia							
..... (opr. nazwisko i imię; nr tel.)		 (Główny Księgowy; pieczętka i podpis)		 (Pracodawca; pieczętka i podpis)			