

W N I O S E K

o zwrot części kosztów poniesionych na wynagrodzenia oraz składek na ubezpieczenia społeczne podmiotowi prowadzącemu dom pomocy społecznej lub jednostce organizacyjnej wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej za zatrudnienie skierowanego bezrobotnego/poszukującego pracy

.....
(pieczęćka pracodawcy)

.....
(nazwa banku i numer rachunku bankowego)

za miesiąc:

Dotyczy umowy nr z dnia

W Y P E Ł N I A P R A C O D A W C A

Lp.	Nazwisko i imię	Umowa o pracę		Stanowisko pracy - wymiar etatu	Wg list wypłat - BRUTTO				RAZEM BRUTTO kol. 6+7+8+9	Nieobecność w pracy		Przyczyna	Wynagrodzenie za czas choroby	Zasiłek chorobowy	Ogółem BRUTTO kol. 10+14a lub 14b	Wypełnia Powiatowy Urząd Pracy
		Zgodnie z zawartą umową z PUP (od - do)	Data wcześniejszego rozwiązania stosunku pracy		Płaca zasadnicza	Premia	Inne wypłaty			Ilość dni						
							Kwota (tytuł)	Kwota (tytuł)		Od 1.01.2023 r.	W ostatnim miesiącu (od - do)					
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14a.	14b.	15.	16.
1.																
2.																
3.																
4.																
Razem										Razem						

Składki na ubezpieczenia społeczne (zgodnie z umową z PUP) = _____ % = _____ zł

OGÓŁEM: zł (słownie:))

Do wniosku o refundację pracodawca załącza potwierdzone za zgodność z oryginałem kserokopie dokumentów:

- listy wypłat wynagrodzeń pracownika(-ów) – **proszę wpisać datę wypłaty wynagrodzenia:**
- potwierdzenie odbioru wynagrodzenia (np. potwierdzenie dokonania przelewu wynagrodzenia na konto pracownika),
- przelewu bankowego (potwierdzenia zapłaty) składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, FP i FGŚP na indywidualne konto ZUS pracodawcy – **proszę wpisać datę zapłaty składek:**
- zaświadczenie o czasowej niezdolności do pracy,
- w przypadku zmiany stawki wynagrodzenia i innych warunków zatrudnienia – właściwy dokument.

UWAGA: Każdy dokument mający wpływ na realizację niniejszej umowy należy dostarczyć w terminie 7 dni od zaistnienia ww. okoliczności.

Oświadczam, że w opłaconej składce mieści się składka na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, FP i FGŚP za pracownika zatrudnionego w ramach refundacji.

Tylko przy wynagrodzeniu za czas choroby lub zasiłku chorobowym podać:

w kol. 11 - ilość dni nieobecności od 01.01.2023 r.
i w kol. 12 - ilość dni nieobecności od - do w danym miesiącu.
W pozostałych przypadkach nieobecności podać przyczynę i wypełnić tylko kol. 12.

Bydgoszcz, dnia

.....
(Sporządził - telefon)

.....
(Główny Księgowy)

.....
(Pracodawca)

DO REFUNDACJI (wypełnia PUP):

Wynagrodzenie, składki ZUS	Do 25 roku życia	Pozostali	Pow. 50 roku życia	RAZEM
§ 4010				
§ 4010				
§ 4110				
RAZEM				