

.....
miejscowość i data

.....
pieczęć firmy

Powiatowy Urząd Pracy
w Starogardzie Gdańskim

WNIOSEK

**o refundację pracodawcy lub przedsiębiorcy przez okres 12 miesięcy części kosztów poniesionych na wynagrodzenia,
nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne skierowanych bezrobotnych do 30 roku życia**

na podstawie umowy Nr CAZ-PI. 655.KS2 z dniar. - za miesiąc 201...roku.

na podstawie umowy nr GHE 11 655/..... z dnia Za miesiąc									
Lp.	nazwisko i imię data zatrudnienia	wypłacone wynagrodzenie brutto			wypłacony zasiłek chorobowy brutto		ilość dni urlopu bezpłat. i n.n.	kwota refundacji (zgodnie z § ... umowy)	uwagi
		za okres przepracowany	za okres choroby						
			kwota	dni	kwota	dni			
RAZEM:									

Składka na ubezpieczenie społeczne od części wynagrodzenia
za czas przepracowany (16,26% + ubezpiec. wyp. w %):

.....

Łącznie do refundacji:

.....

Słownie:

Należność z tytułu refundacji prosimy przekazać na nasz rachunek w banku:

Nr:

Załączniki do wniosku:

- 1) kserokopia listy płac z podpisem pracownika lub oświadczeniem pracodawcy o przekazaniu wynagrodzenia na konto osobiste;
- 2) kopie zwolnień lekarskich i wniosków na urlop bezpłatny;
- 3) kserokopia deklaracji rozliczeniowej ZUS DRA, RCA i RSA;
- 4) kserokopia przelewu lub dowodu wpłaty składek na ubezpieczenia społeczne, składkę zdrowotną oraz Fundusz Pracy pracowników wraz z oświadczeniem o ujęciu składek wymienionego we wniosku pracownika.

W/w dokumenty należy dostarczyć w czytelnych kserokopiach potwierdzonych przez pracodawcę za zgodność z oryginałem.

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że w opłaconych składkach na ZUS za miesiąc
ujęto składki za osobę/y wymienioną/e we wniosku.

.....
(data, podpis i pieczęć pracodawcy)

.....
(imię, nazwisko, nr telefonu osoby sporządzającej wniosek)