

.....  
(pieczęć firmowa Pracodawcy)

.....  
(miejscowość, data)

.....  
( Nazwa Banku)

.....  
(numer konta bankowego)

**POWIATOWY URZĄD PRACY  
w S A N O K U**

**WNIOSEK**

**O ZWROT PONIESIONYCH KOSZTÓW W ZWIĄZKU Z ZATRUDNIANIEM BEZROBOTNYCH W RAMACH REFUNDACJI CZĘŚCI KOSZTÓW PONIESIONYCH NA WYNAGRODZENIA, NAGRODY ORAZ SKŁADKI NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE SKIEROWANYCH BEZROBOTNYCH DO 30 ROKU ŻYCIA NA PODSTAWIE ZAWARTEJ UMOWY**

NR ..... Z DNIA ..... ZA MIESIĄC.....

L.p.	Nazwisko i imię bezrobotnego	Liczba dni podlegająca refundacji	Liczba dni opieki i urlopu bezpłatnego	Wysokość wynagrodzenia do refundacji wg umowy				Kwota ogółem do refundacji
				Wysokość wynagrodzenia brutto podlegająca refundacji bez chorobowego	Kwota składki ZUS * .....%	Liczba dni chor./%	Wynagrodzenie za czas choroby	
<b>RAZEM:</b>								

**\*Oświadczam, że składki ZUS od refundowanego wynagrodzenia zatrudnionych pracowników odprowadzone zostały w miesiącu .....2017 r.**

.....  
(pieczęć i podpis osoby upoważnionej)

**Załączniki:**

1. Kserokopia list płac z potwierdzeniem odbioru lub przelewu wynagrodzenia, w tym wynagrodzenie za czas choroby.
2. Kserokopia list obecności.
3. W przypadku choroby lub opieki kserokopia zaświadczenia lekarskiego ZLA.
4. Kserokopia dowodu opłacenia składek na ubezpieczenia społeczne, za pracowników zatrudnionych zgodnie z zawartą umową – potwierdzonych podpisem i imienną pieczętką pracodawcy lub osoby upoważnionej.
5. Deklaracja ZUS DRA.

**Kopie (kserokopie) powyższych dokumentów muszą zawierać potwierdzenie zgodności z oryginałem.**