(miejscowość, data)

 (pieczęć firmowa pracodawcy)

**Powiatowy Urząd Pracy**

**dla Powiatu Warszawskiego Zachodniego**

 **ul. Poznańska 131 A**

**05-850 Ożarów Mazowiecki**

**WNIOSEK
o dofinansowanie wynagrodzenia za zatrudnionego bezrobotnego, który ukończył 50/60**\* **rok życia**

W nawiązaniu do umowy nr……………………….... zawartej w dniu ………….…….. w sprawie organizowania dofinansowania wynagrodzenia zatrudnionego bezrobotnego, który ukończył 50/60 rok życia prosimy o refundację za miesiąc ………………………………….. w kwocie……………………

kwota słownie: ………………………………………………………………………………………….

Środki finansowe prosimy przekazać na rachunek : nazwa banku ……………………………... numer konta: ………………………………………………………………………………….............

 (Główny księgowy, pieczątka i czytelny podpis) (Pracodawca, pieczątka i czytelny podpis)

Załączniki:

1. Rozliczenie finansowe
2. Kserokopia listy płac z potwierdzeniem odbioru wynagrodzenia (podpis lub przelew) potwierdzona za zgodność z oryginałem
3. Raport DRA, RCA, RSA
4. Dowody odprowadzenia: składek na ubezpieczenie społeczne do ZUS i podatku
do Urzędu Skarbowego

Uwaga

Wszystkie kserokopie załączników dołączone do wniosku muszą być potwierdzone za zgodność z oryginałem pieczątką firmową i imienną oraz podpisem pracodawcy

Załącznik nr 1 do Wniosku o dofinansowanie…

 (pieczęć firmowa pracodawcy)

Rozliczenie finansowe wynagrodzenia osób zatrudnionych w ramach dofinansowania wynagrodzenia bezrobotnego, który ukończył 50/60\*
za okres od dnia ………………………… do dnia ……………………………

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię zatrudnionego w ramach dofinansowania zgodnie z umową o pracę od ……….……. do ……….……. | Wynagrodzenie brutto w/g listy płac(w zł) | Wynagrodzenie netto w/g listy płac(w zł) | Wynagrodzenie dofinansowane z Funduszu Pracy(w zł) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Ogółem do dofinansowania : ………………………………Słownie: ……………………………………………………………………………………………………… |
| 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 (płatny z ZUS)* | *Urlop bezpłatnyod – do* |
| *ilość dni od – do*  | *Kwota (w zł)* | *ilość dni od – do*  | *Kwota (w zł)* |  |
| 1 | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* | *8* |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| UWAGI:Z poz………. podać procent zwolnienia lekarskiego…………………………………  |

\* niewłaściwe skreślić

(nazwisko i imię, nr tel.) (Gł. księgowy, pieczątka i czytelny podpis) (Pracodawca, pieczątka i czytelny podpis)