(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 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:  Z poz………. podać procent zwolnienia lekarskiego………………………………… | | | | | | | | | | |

\* niewłaściwe skreślić

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