_____ _____

(pieczęć pracodawcy) (miejscowość i data)

Powiatowy Urząd Pracy
w Pszczynie

WNIOSEK

o zwrot kosztów poniesionych na składki na ubezpieczenia społeczne

za skierowanych do pracy bezrobotnych do 30 roku życia,

którzy podejmują zatrudnienie po raz pierwszy w życiu

Zgodnie z zawartą umową w dniu _____ Nr _____ o refundację kosztów poniesionych na składki na ubezpieczenia społeczne za skierowanych do pracy bezrobotnych do 30 roku życia, którzy podejmują zatrudnienie po raz pierwszy w życiu, prosimy o refundację:

- składki na ubezpieczenia społeczne w kwocie _____ zł

(słownie złotych: _____)

Środki finansowe prosimy przekazać:

_____

(nazwa banku)

(numer rachunku bankowego)

w terminie 14 dni od dnia złożenia wniosku.

_____ _____

(Główny Księgowy, pieczątka i podpis) (Pracodawca, pieczątka i podpis)

Załączniki:
1. Rozliczenie finansowe.
2. Wyciąg z listy płac z wyszczególnieniem wszystkich składników płac.
3. Odbiór wynagrodzenia, a w przypadku wypłaty wynagrodzenia w formie przelewu na konto osobiste potwierdzenie przelewu.
4. Lista obecności.
5. Dowód potwierdzenia przelewu / opłaty należności z tytułu składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne i Fundusz Pracy.
6. Deklaracja rozliczeniowa ZUS DRA, ZUS RCA, ZUS RSA.

_____ (załącznik do „wniosku o zwrot kosztów…”)

(pieczęć pracodawcy)

Rozliczenie finansowe wynagrodzeń z tytułu zatrudnienia skierowanego(ych) bezrobotnego(ych)

za okres od _____ do _____

Lp.	*Nazwisko i imię*	*Data zatrudnienia*	*Wynagrodzenie brutto w zł*	*Wpłata do ZUS ……% od rubr. 4 w zł*	*Razem do refundacji z FP w zł*
1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*
Ogółem do refundacji słownie złotych: _____					

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 Pracy)*		*Zasiłek chorobowy (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*

UWAGA:

Zwolniony dnia _____ przyczyna zwolnienia _____

Przyjęty na czas nieokreślony dnia _____ zgodnie z pozycją rozliczenia: _____

_____ (opr.: Nazwisko i imię, nr tel.)

_____ (Główny Księgowy, pieczątka i podpis)

_____ (Pracodawca, pieczątka i podpis)