...................................................... .................................................. /pieczątka podmiotu/ /miejscowość, data/

 **Powiatowy Urząd Pracy**

 **ul. Gdańska 35**

**84-300 Lębork**

**WNIOSEK**

o zwrot kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne za zatrudnienie skierowanego bezrobotnego lub poszukującego pracy w domu pomocy społecznej albo w jednostce organizacyjnej wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej

Zgodnie z zawartą umową nr **………………………………………………….**

**wnioskujemy o refundację za miesiąc ………………………. 202…. roku**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  **Lp.** | **Wniosek obejmuje pozycje :** | **Kwota do refundacji** |
| 1. | Wynagrodzenie z tytułu niezdolności do pracy. |  |
| 2. | Kwota do refundacji brutto bez zasiłków chorobowych, w tym kwota nagród. |  |
| 3. | Kwota składek ZUS od pozycji 2./w wysokości ………… %/ |  |
| 4. | **Kwota do refundacji ogółem** |  |

Słownie złotych: …...........................................................................................................................................................................................

Środki finansowe prosimy przekazać ........................................................................................................................................

 ( nr rachunku)

 …..……………………………………………….

 /podpis i pieczątka Podmiotu/

**Załączniki :**

**1/** rozliczenie finansowe (załącznik nr 1)

**2/** uwierzytelniona kserokopia listy płac wraz z pokwitowaniami odbioru wynagrodzenia

**3**/ uwierzytelniona kserokopia dowodu opłaty składki ZUS

**4**/ uwierzytelniona kserokopia deklaracji ZUS DRA

**5**/ uwierzytelnione kserokopie zwolnień lekarskich

ZAŁĄCZNIK NR 1 DO WNIOSKU O REFUNDACJĘ

........................................................

/pieczątka podmiotu/

**ROZLICZENIE WYDATKÓW ZWIĄZANYCH Z ZATRUDNIENIEM SKIEROWANEGO BEZROBOTNEGO LUB POSZUKUJĄCEGO PRACY W DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ ALBO W JEDNOSTCE ORGANIZACYJNEJ WSPIERANIA RODZINY I SYSTEMU PIECZY ZASTĘPCZEJ**

w miesiącu ………………….. 202……. roku.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** |  **Nazwisko i imię** | **Wynagrodzenie refundowane dla pracodawcy**  | **Zasiłek chorobowy (płatny z zus ), urlop bezpłatny od -do** |
| **Za okres obecności** | **Za okres nieobecności usprawiedliwionej-****chorobowe z FZ** |
| **od-do** | **ilość dni** | **Kwota** | **od-do** | **ilość dni** | **Kwota** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **xx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxx** |  | **xxx** | **xxx** |  |  |

Sporządził/-ła …………………………………

nr. telefonu……………………………

 ..….…………………………..

 /podpis i pieczątka Podmiotu/