(miejscowość, data)

 ...

 (pieczęć pracodawcy/ przedsiębiorcy)

**Powiatowy Urząd Pracy**

 **w Poddębicach**

**W N I O S E K**

**o zwrot części kosztów poniesionych na wynagrodzenia**

 **za zatrudnione osoby bezrobotne**

**w wieku powyżej 50 roku życia**

**za miesiąc** ......................................

Stosownie do postanowień umowy nr …………………………………… o refundację części kosztów poniesionych na wynagrodzenia za zatrudnione osoby bezrobotne w wieku powyżej 50 roku życia, zawartej w dniu …………………………… składam wniosek o zwrot poniesionych kosztów za niżej wymienione osoby bezrobotne:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko bezrobotnego | Wysokość wynagrodzenia podlegającego refundacji (bez wyn. za czas choroby) | Wynagr. za czas choroby | Ogółem do refundacji | Kolejnym-c refundacji |
| ................................................................................................................................................................................................................................................................................................ | ........................................................................................................................................................................................................................ | ....................................................................................................................................... | ..................................................................................................................... | .......................................................................................................................................................................................................................................... |
| Razem: |  |  |  |  |

Nazwa banku i nr rachunku, na które prosimy przekazać środki finansowe: .......................................................

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

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

 (podpis i pieczęć imienna pracodawcy/ przedsiębiorcy)

Załączniki uwzględniające dane osób zatrudnionych w ramach refundacji w formie kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem:

* listy płac wraz z pokwitowaniem odbioru wynagrodzenia,
* listy obecności,
* zwolnienia lekarskie,
* RCA (imienne raporty miesięczne o należnych składkach i wypłaconych świadczeniach) lub RMUA (raporty miesięczne dla osoby ubezpieczonej) potwierdzającego opłacenie składek na ubezpieczenia społeczne za osoby zatrudnione w ramach refundacji.