



URZĄD PRACY

POWIATOWY URZĄD PRACY W PRUDNIKU

48-200 Prudnik, ul. Jagiellońska 21

tel. 77 436 23 04; tel./ fax. 77 436 99 88

www.pup-prudnik.pl; e-mail: pup@pup-prudnik.pl

.....
(pieczęć firmowa wnioskodawcy)

.....
(miejscowość, data)

Powiatowy Urząd Pracy w Prudniku

WNIOSEK

o zwrot kosztów w związku z zatrudnieniem bezrobotnego w ramach dofinansowania wynagrodzenia dla osób powyżej 50 roku życia za miesiąc

Stosownie do postanowień ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tj. Dz. U. z 2019 r., poz.1482 z późn.zm.) zgłaszamy wniosek o refundację kosztów poniesionych w związku z zatrudnieniem bezrobotnego w ramach dofinansowania wynagrodzenia .

Wniosek dotyczy umowy numer zawartej w dniu
Prosimy o refundację części wydatków poniesionych na:

- wynagrodzenie dla bezrobotnego (ych) w wysokości.....
(słownie:.....)

Ww. kwotę proszę przekazać na nasze konto bankowe

Nr.

.....
Główny Księgowy

.....
Pracodawca

Załączniki:

- rozliczenie finansowe,
- uwierzytelnione kopie list płac wraz z pokwitowaniem odbioru wynagrodzenia,
- kserokopie list obecności,
- kserokopie zwolnień lekarskich,

**ROZLICZENIE FINANSOWE WYNAGRODZEŃ
DOFINANSOWANIA WYNAGRODZENIA DLA OSÓB POWYŻEJ 50 ROKU ŻYCIA**
za okres od do.....
w ramach zawartej umowy z dnia nr

| Lp. | Imię i nazwisko | Zatrudniony dnia | Zwolniony dnia | Wynagrodz- -enie brutto | Wynagrodzenie na czas niezdolności do pracy od.....do..... | Kwota wynagrodzenia chorobowego | Dni nieprzepracowane od....do.... (z wyłączeniem rubryki 6) | Wynagrodzenie do refundacji | Wynagrodzenie za czas choroby | Ogółem do refundacji rubr.9+10 |
|------------------------------|-----------------|------------------|----------------|----------------------------|---|---------------------------------------|---|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 1 | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | |
| Ogółem do refundacji: | | | | | | | | | | |

Wynagrodzenie za czas niezdolności do pracy, zasiłek chorobowy wypłacił: **zakład pracy, ZUS** (podkreślić odpowiednio)

.....
Podpis i telefon osoby sporządzającej

.....
Główny Księgowy

.....
Właściciel, Dyrektor, Prezes
(pieczętka i podpis)