



P O W I A T O W Y

URZĄD PRACY w Brzegu
CENTRUM AKTYWIZACJI ZAWODOWEJ

49-300 BRZEG, ul. Armii Krajowej 32
REGON 531596705; NIP: 747-12-24-978
tel./fax: +48/77 444 13 90 do 92
e-mail: opbr@praca.gov.pl
http://bup.brzea.pl



.....
(pieczęć firmowa pracodawcy)

.....
(miejscowość, data)

WNIOSEK

o refundację poniesionych kosztów w związku z zatrudnianiem osoby bezrobotnej w ramach dofinansowania do wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenie społeczne skierowanych bezrobotnych do 30 roku życia

Stosownie do postanowień umowy numer __ __ / __ __ __ __ /-30 zawartej w dniu __ - __ - ____ art. 150f oraz art. 150g Ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy /Dz. U. z 2017r., poz. 1065/ zgłaszamy wniosek o refundację kosztów poniesionych w związku z zatrudnieniem bezrobotnych w ramach dofinansowania do wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenie społeczne skierowanych bezrobotnych do 30 roku życia

Prosimy o refundację części wydatków poniesionych na:

- wynagrodzenie dla ____ bezrobotnego(ych) w wysokości _____,____
- wynagrodzenie dla ____ bezrobotnego(ych) za okres choroby _____,____
- składki na ubezpieczenie społeczne od ww. kwoty w wysokości _____,____
- ogółem do refundacji _____,____

(słownie: _____)

Ww. kwotę proszę przekazać na nasze konto bankowe:

nazwa banku _____

Nr konta: ____- ____- ____- ____- ____- ____- ____- ____

Jednocześnie nadmieniam, że warunki zawartej umowy z Urzędem Pracy są przez zakład pracy przestrzegane.

(Główny Księgowy)

(Pracodawca – pieczętka i podpis)

Załączniki:

1. rozliczenie finansowe,
2. uwierzytelnione kopie list płac wraz z pokwitowaniem odbioru wynagrodzenia,
3. kserokopie zwolnień lekarskich
4. dowody wpłaty ZUS
5. lista obecności

Rozliczenie finansowe wynagrodzeń osób zatrudnionych w ramach dofinansowania do wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenie społeczne skierowanych bezrobotnych do 30 roku życia

za okres od _____ do _____

Lp.	Nazwisko i Imię	Okres zatrudnienia	Wynagrodzenie brutto	Wynagrodzenie refundowane z Funduszu Pracy

Ogółem do refundacji: słownie(_____)

Ponadto informuję, że niżej wymienieni pracownicy korzystali ze zwolnienia bądź urlopu bezpłatnego:

Lp.	Nazwisko i Imię	Zwolnienie lekarskie Od - do	Wynagrodzenie za okres choroby (płatne z funduszu pracodawcy) KWOTA w zł	Wynagrodzenie za okres choroby (płatne z ZUS) KWOTA w zł	Urlop bezpłatny od - do

(opr. Nazwisko i imię, nr tel.)

(podpis i pieczęćka głównego księgowego)

(podpis i pieczęćka Pracodawcy)