**Załącznik nr 1**

…………………………… …………………………….

 pieczęć Wnioskodawcy miejscowość, data

**POWIATOWY URZĄD PRACY**

 **w CIECHANOWIE**

**WNIOSEK**

o zwrot części kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne skierowanych bezrobotnych do 30 roku życia za miesiąc ……………………… 201….. r.

Na podstawie art. 150f, 150g ust 1 i art. 108 ust 1j ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2017 r. poz. 1065 j. t. z późn. zm.) oraz zgodnie z umową Nr……………………………………………………… zawartą w dniu ………………………………składam wniosek o refundację ze środków Funduszu Pracy części kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne za skierowanego/ych bezrobotnego/ych do 30 roku życia.

Liczba skierowanych bezrobotnych według umowy…………………………..

Kwota refundacji na 1 osobę bezrobotna według umowy..……………………

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko zatrudnionego w ramach refundacji** | **Umowa** **od -do** | **Wynagrodzenie brutto** **w zł** | **Wysokość wynagrodzenia podlegającego refundacji****(bez zasiłku chorobowego)**  | **% ZUS** | **Składka ZUS** | **Razem do refundacji z FP (4+5+7)** |
| **Za czas przepracowany** | **Za czas** **choroby** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Razem** |  |  | **x** |  |  |

Ogółem do refundacji kwota w wysokości……………………………………………..(słownie …………………………………………………………………………………………………………………………..……… złotych)

Środki finansowe proszę przekazać na rachunek bankowy nr ………………………….………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Załączniki do wniosku zgodnie z zawartą umową:

* kserokopia listy płac z pokwitowaniem odbioru wynagrodzenia (potwierdzeniem transakcji przelewu);
* kserokopia listy obecności;
* kserokopia zwolnień lekarskich;
* kserokopia deklaracji ZUS DRA, RCA;
* kserokopia dowodu odprowadzenia składek ZUS.

Kserokopie przedkładanych dokumentów winny być potwierdzone „za zgodność z oryginałem”.

Ponadto informuję, że niżej wymienieni pracownicy **korzystali/nie korzystali**\* ze zwolnienia lekarskiego/urlopu bezpłatnego:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Zwolnienie lekarskie od - do** | **Wynagrodzenie płatne z tytułu pracodawcy** | **Zasiłek chorobowy**  **z ZUS** | **Urlop bezpłatny****od - do** |
| **Ilość dni** | **kwota** | **Ilość dni** | **kwota** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |

 …………….……………………………………….

 (pieczęć i podpis Wnioskodawcy)