**Załącznik nr 1**

|  |
| --- |
| ................................................... Szczecin, dn...........................  (nazwa Pracodawcy)  ................................................................ **Powiatowy Urząd Pracy**  (nr rachunku i nazwa banku) **ul. Mickiewicza 39**  **70-383 Szczecin**  **WNIOSEK**  o refundację z Funduszu Pracy kosztów wynagrodzeń zatrudnionych.........................................  osób w ramach dofinansowania wynagrodzenia za zatrudnienie skierowanego bezrobotnego, który ukończył 50 rok życia za okres od................................. do ..............................  1. wynagrodzenie do refundacji za czas pracy ........................................................ zł  2. wynagrodzenie do refundacji za czas choroby ........................................................ zł  Razem do refundacji: ...................................................... zł  Słownie: ......................................................................................................................................  Kwota przedstawiona do refundacji na podstawie zawartej umowy nr .......................................  z dnia .......................................o dofinansowanie wynagrodzenia za zatrudnienie skierowanego bezrobotnego, który ukończył 50 rok życia na okres: od ...................................do .......................................  **ZAŁĄCZNIKI:**   1. Kopia listy płac (potwierdzona za zgodność z oryginałem); 2. Kopia listy obecności (potwierdzona za zgodność z oryginałem); 3. Przelew bankowy wypłaty wynagrodzenia; 4. Wydruk zwolnień lekarskich.   Sporządził:  ................................................. .................................................  (imię i nazwisko) (pieczątka i podpis Pracodawcy)  ................................................  (nr telefonu) |

Wykaz osób bezrobotnych zatrudnionych w ramach dofinansowania wynagrodzenia za zatrudnienie skierowanego bezrobotnego, który ukończył 50 rok życia

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | Nazwisko i Imię | Data zatrudnienia | Ilość dni chorobowych płatnych przez: | | Ilość dni niepłatnych (urlop bezpłatny., nieobecności nieusprawie-dliwione, usprawiedliw-wione | Kwota refundacji: | | |
| Zakład | ZUS | 1 | Wynagrodzenie za czas pracy | Razem |
| 2 | Wynagrodzenie chorobowe |
| 1. |  |  |  |  |  | 1 |  |  |
| 2 |  |
| 2. |  |  |  |  |  | 1 |  |  |
| 2 |  |
| 3. |  |  |  |  |  | 1 |  |  |
| 2 |  |
| 4. |  |  |  |  |  | 1 |  |  |
| 2 |  |
| 5. |  |  |  |  |  | 1 |  |  |
| 2 |  |
| **Razem** | | |  |  |  | 1  +  2 |  |  |