**Załącznik nr 1**

|  |
| --- |
| ................................................... Szczecin, dn........................... (nazwa i adres zakładu pracy)................................................................ **Powiatowy Urząd Pracy** (nr rachunku i nazwa banku) **ul. Mickiewicza 39****70-383 Szczecin****WNIOSEK**o refundację z Funduszu Pracy kosztów wynagrodzeń zatrudnionych.........................................osób do 30 roku życia w umowy o refundację wynagrodzenia za okres od................................. do ..............................1. wynagrodzenie do refundacji za czas pracy ........................................................ zł2. wynagrodzenie do refundacji za czas choroby ........................................................ zł3. składka ZUS na ubezp. społeczne liczona w wys. ..............% od kwoty wynagrodzenia ...................................................... zł Razem do refundacji: ...................................................... złSłownie: ......................................................................................................................................Kwota przedstawiona do refundacji na podstawie zawartej umowy nr .......................................z dnia ....................................... na okres: od ...................................do .......................................\*niepotrzebne skreślićSporządził:................................................. ................................................ (imię i nazwisko) (Pieczątka imienna, podpis Pracodawcy)................................................(nr telefonu)**ZAŁĄCZNIKI:** (**POTWIERDZONE ZA ZGODNOŚĆ Z ORYGINAŁEM**[[1]](#footnote-1))1. Kserokopia listy płac wraz z potwierdzeniem wypłaty;
2. Kserokopia listy obecności;
3. Kserokopia przelewu opłaty bieżących składek na ubezp. społeczne, zdrowotne i FP;
4. Kserokopia deklaracji ZUS DRA, RCA a w przypadku zwolnienia lekarskiego druk RSA;
5. Kserokopia zwolnień lekarskich.
 |
|  |

Wykaz osób bezrobotnych zatrudnionych

w ramach refundacji do 30 roku 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 | ZUS% ……….. | Razem |
| 2 | Wynagrodzenie chorobowe |
| 1. |  |  |  |  |  | 1 |  |   |   |
| 2 |  |
| 2. |  |  |  |  |  | 1 |  |   |   |
| 2 |  |
| 3. |  |  |  |  |  | 1 |  |   |   |
| 2 |  |
| 4. |  |  |  |  |  | 1 |  |   |   |
| 2 |  |
| 5. |  |  |  |  |  | 1 |  |   |   |
| 2 |  |
| **Razem** |  |  |  | 1+2 |  |   |   |

1. **ZWROT: „ZA ZGODNOŚĆ Z ORYGINAŁEM”, STEMPEL PIECZĄTKI FIRMOWEJ PRACODAWCY ORAZ PIECZĄTKI IMIENNEJ I PODPIS OSOBY POTWIERDZAJĄCEJ, BĄDŹ W PRZYPADKU BRAKU PIECZĄTKI IMIENNEJ CZYTELNY PODPIS OSOBY POTWIERDZAJĄCEJ ZA ZGODNOŚĆ Z ORYGINAŁEM.** [↑](#footnote-ref-1)