**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 ........................................................ zł2. wynagrodzenie do refundacji za czas choroby ........................................................ złRazem do refundacji: ...................................................... złSłownie: ......................................................................................................................................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 |  |    |