

***Załącznik nr 1 do umowy w sprawie przyznania dofinansowania wynagrodzenia***

***w związku z zatrudnieniem bezrobotnego powyżej 50 roku życia***

…………………………… miejscowość .........................................dnia................................... /pieczęć wnioskodawcy/

**Powiatowy Urząd Pracy**

**w Ropczycach**

**WNIOSEK o refundację części kosztów wynagrodzenia zatrudnionej osoby bezrobotnej powyżej 50 roku życia.**

Zgodnie z zawartą umową nr………………….. z dnia …………………. w sprawie przyznania dofinansowania wynagrodzenia w związku z zatrudnieniem bezrobotnego po 50 roku życia …………..…………………………………… wnioskuję o wypłatę refundacji za miesiąc …………………………….r.

**w kwocie: łącznie ……………………………………PLN**

**(słownie: ……...………………………………………………………………………………………………….),**

w tym:

* kwota refundowanego wynagrodzenia dla zatrudnionego pracownika - …………………….PLN
* wynagrodzenie za czas niezdolności do pracy - ……………..(liczba dni)……………………PLN

Środki finansowe proszę przekazać na rachunek bankowy:

……………………………………………………………………………..

*Oświadczam, że warunki zawartej z Powiatowym Urzędem Pracy w Ropczycach umowy w sprawie przyznania dofinansowania wynagrodzenia w związku z zatrudnieniem bezrobotnego po 50 roku życia są przestrzegane, dokumenty dołączone do wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.*

..…………………………………… /pieczęć i podpis wnioskodawcy/

Załączniki:

1. Kopia listy płac z potwierdzeniem odbioru wynagrodzenia lub kopia przelewu.
2. Kopia deklaracji rozliczeniowej ZUS DRA wraz z raportem imiennym ZUS RCA i raportem imiennym ZUS RSA w przypadku wystąpienia przerwy w opłacaniu składek.
3. Kopia przelewu bankowego z tytułu opłaty składki ZUS .

\****kopie dokumentów powinny być potwierdzone za zgodność z oryginałem i nie mogą zawierać danych osobowych niezwiązanych z realizacją umowy***

***(wymagana anonimizacja danych)***

Adnotacje urzędu pracy:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko bezrobotnego** | **Wysokość wynagrodzenia podlegająca refundacji** | **Wynagrodzenie za czas choroby** | **Liczba dni niezdolności do pracy** | **Ogółem do refundacji** |
|  |  |  |  |  |

…………………………………………………

data i podpis pracownika PUP