***Załącznik Nr 2***

***do Regulaminu przyznawania dofinansowania wynagrodzenia za zatrudnienie skierowanego bezrobotnego, który ukończył 50 rok życia***

***przez Powiatowy Urząd Pracy w Łosicach***

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

*(pieczęć firmowa Pracodawcy/) (miejscowość, data)*

*Przedsiębiorcy*

**STAROSTA POWIATU ŁOSICKI****EGO**

ZA POŚREDNICTWEM

**POWIATOWEGO URZĘDU PRACY   
W ŁOSICACH**

**W N I O S E K**

**o zwrot części kosztów poniesionych na wynagrodzenia za zatrudnienie skierowanego bezrobotnego, który ukończył 50 rok życia za miesiąc ………**

**Na podstawie ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz zgodnie z umową nr…………………………… zawartą w dniu ………………………………………………, proszę o przekazanie dofinansowania wynagrodzenia   
za zatrudnienie skierowanego bezrobotnego, który ukończył 50 rok życia za miesiąc ..............................20.....r. w kwocie .................. zł (słownie:......................................... ...............................................................................................................................................**

Środki finansowe proszę przekazać na konto nr ……………………………………………………………………...............................................................................

(nazwa banku, nr rachunku)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwisko i imię zatrudnionego bezrobotnego, zgodnie z umową  o pracę zawartą na okres**  **od dnia …………….**  **do dnia …………….** | | **Wynagrodzenie brutto wypłacone przez pracodawcę**  **w rozliczanym okresie**  **(w zł)** | | **Wynagrodzenie brutto wypłacone przez pracodawcę   w rozliczanym okresie, w tym:**  **(w zł)** | | | | **Wysokość dofinansowania wynagrodzenia**  **(w zł)** | |
| **Za czas przepracowany** | | **Za czas choroby** | |
|  | |  | |  | |  | |  | |
| **Zwolnienie lekarskie**  **od dnia ……….**  **do dnia ……….** | **Wynagrodzenie za czas choroby**  **(płatne z funduszu pracodawcy)** | | | | **Zasiłek chorobowy**  **(płatny z ZUS)** | | | |
| **liczba dni** | | **kwota (w zł)** | | **liczba dni** | | **kwota (w zł)** | |
|  |  | |  | |  | |  | |

**Oświadczam, że osoba bezrobotna skierowana w ramach dofinansowania wynagrodzenia za zatrudnienie skierowanego bezrobotnego, który ukończył 50 rok życia jest nadal zatrudniona na podstawie umowy   
o pracę w pełnym wymiarze czasu pracy.**

**Wiarygodność informacji podanych we Wniosku i w załączonych do niego dokumentach potwierdzam własnoręcznym podpisem.**

**Informacje zawarte we Wniosku i w załączonych dokumentach są zgodne ze stanem faktycznym   
i prawnym.**

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

(Główny Księgowy, pieczątka i podpis) (Pracodawca/Przedsiębiorca, pieczątka i podpis)

**Do wniosku należy dołączyć:**

1. Kserokopię listy płac wraz z dowodem wypłaty wynagrodzenia (pokwitowanie odbioru, dowód przekazania na rachunek);
2. Kserokopię listy obecności;
3. Kserokopię zaświadczenia lekarskiego ZUS ZLA - w przypadku przebywania na zwolnieniu lekarskim przez pracownika z powodu choroby;
4. Deklaracje ZUS – DRA, deklaracje ZUS - RCA lub raport imienny ZUS - RMUA osoby zatrudnionej na stanowisku utworzonym w związku z otrzymanym dofinansowaniem wynagrodzenia, deklaracje ZUS RSA w przypadku przebywania na zwolnieniu lekarskim przez pracownika - deklaracje powinny zawierać potwierdzenie wpływu do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych - ZUS (pieczęć wpływowa ZUS lub potwierdzenie wysyłki w formie elektronicznej).

**WNIOSEK NALEŻY ZŁOŻYĆ Z KOMPLETEM DOKUMENTÓW.  
 WSZYSTKIE KSEROKOPIE POWINNY BYĆ POTWIERDZONE ZA ZGODNOŚĆ Z ORYGINAŁEM PRZEZ PRACODAWCĘ LUB OSOBĘ UPOWAŻNIONĄ**