.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć firmowa pracodawcy)

POWIATOWY URZĄD PRACY
w Pruszkowie

WNIOSEK
o dofinansowanie wynagrodzenia za zatrudnionego bezrobotnego, który ukończył 50/60* rok życia

Na podstawie art. 60 d ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tj. Dz. U. z 2021 r. poz. 1100 z późn. zm.) oraz zgodnie z umową Nr UmDofWynag /...../..... zawartą dniu.....**prosimy**

o dofinansowanie wynagrodzenia zatrudnionego bezrobotnego

w kwocie: ..... zł

słownie: .....

Środki finansowe prosimy przekazać na rachunek : nazwa banku .....
numer konta: .....

....
(Główny księgowy, pieczątka i podpis) *(Pracodawca, pieczątka i podpis)*

Załączniki:

1. ***Rozliczenie finansowe***
2. ***Kserokopia listy płac z potwierdzeniem odbioru wynagrodzenia (podpis lub przelew)***
3. ***Kserokopia listy obecności***
4. ***Kserokopia deklaracji ZUS DRA + ZUS RCA za miesiąc, w którym dokonano wypłaty wynagrodzenia (dokumenty drukowane w trybie Roboczym nie będą przyjmowane)***
5. ***Dowody wpłat: ZUS za miesiąc w którym dokonano wypłaty wynagrodzenia***
6. ***Kserokopie zwolnień lekarskich***

Uwaga

Wszystkie kserokopie załączników dołączone do wniosku muszą być potwierdzone za zgodność z oryginałem pieczątką firmową i imienną oraz podpisem pracodawcy

.....
(pieczęć firmowa pracodawcy)

Rozliczenie finansowe wynagrodzenia osób zatrudnionych w ramach dofinansowania wynagrodzenia bezrobotnego, który ukończył 50/60*

za okres od dnia …… **do dnia** ……

Lp	***Nazwisko i imię zatrudnionego w dofinansowania zgodnie z umową o pracę od ……. do …….***	***Wynagrodzenie brutto w/g listy płac (w zł)***	***Wynagrodzenie netto w/g listy płac (w zł)***	***Wynagrodzenie do refundacji z Funduszu Pracy (w zł)***
1	*2*	*3*	*4*	*5*

Ogółem do refundacji słownie złotych ……..

Ponadto informuję, że niżej wymienieni pracownicy korzystali ze zwolnienia lekarskiego bądź urlopu bezpłatnego:

Lp.	***Nazwisko i imię***	***Zwolnienie lekarskie od – do***	***Wynagrodzenie za czas choroby (płatne z funduszu pracodawcy)***		***Zasiłek chorobowy (płatny z ZUS)***		***Urlop bezpłatny od – do***
			ilość dni od – do	***Kwota (w zł)***	***ilość dni od – do***	***Kwota (w zł)***	
1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*

UWAGI:

Zwolniony dnia …….., przyczyna zwolnienia: ……

Po zakończeniu 18/36 miesięcznego okresu zatrudnienia, osoba skierowana przez PUP jest zatrudniona nadal na okres ……

* niewłaściwe skreślić

....
(opr. nazwisko i imię, nr tel.) *(Gł. księgowy, pieczątka i podpis)* *(Pracodawca, pieczątka i podpis)*