**Załącznik Nr 12 do Zarządzenia Nr 11/2021  
Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy  
 w Dąbrowie Tarnowskiej z dnia 10.02.2021r.**

|  |  |
| --- | --- |
| ...............................................  (pieczęć firmowa pracodawcy) | ..............................................................................  (miejscowość i data) |

Powiatowy Urząd Pracy w Dąbrowie Tarnowskiej

WNIOSEK o dofinansowanie wynagrodzenia za zatrudnienie skierowanego bezrobotnego, który ukończył 50 rok życia

Dotyczy zatrudnienia w okresie:..........................................w pełnym wymiarze czasu pracy.

Na podstawie art. 60d ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r.o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy z tytułu zatrudnienia skierowanego(ych) bezrobotnego(ych) zatrudnionego(ych) powyżej 50 roku życia zwracam się z prośbą o dofinansowanie wynagrodzenia w kwocie: …………………………..………………zł., słownie złotych: …………………………………………………………………………………..

**Środki finansowe prosimy przekazać:**

(nazwa banku) ………………………………………………………………………………………….

Numer rachunku………………………………………………………………………………………...

w terminie .........................dni od otrzymania niniejszego pisma.

.......................................................

(Pracodawca, pieczątka i podpis)

Załączniki:

1. Rozliczenie finansowe.
2. Kopia listy płac z pokwitowaniem odbioru wynagrodzenia.
3. DRA, RCA i RSA osób refundowanych
4. Dowód wpłaty składek ZUS – kopia przelewu.

|  |  |
| --- | --- |
| ......................................................  (pieczęć firmowa pracodawcy) | (Załącznik nr ………… do Wniosku o zwrot części kosztów) |

# Rozliczenie finansowe wynagrodzeń z tytułu zatrudnienia w pełnym wymiarze czasu pracy skierowanego(ych) bezrobotnego/ych powyżej 50 roku życia w ramach dofinansowania zatrudnienia

za okres od.............................. do..............................

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwisko i imię | Data zatrudnienia | Wynagrodzenie brutto (w zł.) | Wynagrodzenie refundowane dla pracodawcy z  Funduszu Pracy (w zł.) | Wpłata do ZUS  ........................%  (od rubr. 5 w zł.) | Razem do refundacji z FP (w zł.) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Ogółem do refundacji: (słownie zł)……........................................................................ | | | | |  |  |

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

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

.......................................................

(Pracodawca, pieczątka i podpis)