***Załącznik nr 1*** *do umowy/porozumienia w sprawie realizacji
 warunków i finansowania zwrotu kosztów poniesionych
 na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia
 społeczne podmiotowi prowadzącemu dom pomocy społecznej,
 jednostce organizacyjnej wspierania rodziny i pieczy zastępczej*

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

/Dane Wnioskodawcy/ /Miejscowość, data/

 **Sądecki Urząd Pracy**

 **ul. Zielona 55**

 **33-300 Nowy Sącz**

**Wniosek o zwrot części kosztów**

 **poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne
za skierowane osoby bezrobotne lub poszukujące pracy,
 podmiotowi prowadzącemu DPS lub jednostce organizacyjnej WRiPZ**

Na podstawie art. 57a ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz zgodnie z zawartą w dniu ……..................................umową/porozumieniem w sprawie realizacji warunków i finansowania zwrotu kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki
na ubezpieczenia społeczne podmiotowi prowadzącemu DPS lub jednostce organizacyjnej WRiPZ
nr ….….……..……….……………………….. proszę o zwrot:

* wynagrodzeń/ nia w kwocie ………..…………………..zł
* składki na ubezpieczenia społeczne ……….......................zł

Ogółem kwota ……….……………………zł

(słownie złotych: ………………….)

Środki finansowe prosimy przekazać na rachunek bankowy nr:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 (nr rachunku bankowego)

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

 /Główny Księgowy, pieczątka i podpis/ /Podpis i pieczątka imienna Wnioskodawcy lub
 osoby uprawnionej do jego reprezentowania/

**Załączniki:**

1. Rozliczenie finansowe wynagrodzeń osób zatrudnionych w ramach ww. umowy/porozumienia.
2. Kserokopia szczegółowej listy płac z pokwitowaniem odbioru wynagrodzenia**\***(w przypadku dokonania wypłaty
wynagrodzenia na rachunek bankowy – kopia listy płac wraz z wydrukiem przelewu) oraz podpisem osoby
zatwierdzającej listę płac.
3. Kserokopia listy obecności/ ewidencji czasu pracy**\***.
4. Kserokopie deklaracji rozliczeniowych ZUS\* wraz z dowodem zapłaty składek zgodnie z deklaracją rozliczeniową
ZUS.
Kserokopie dowodów zapłaty zaliczki na podatek dochodowy od osób fizycznych od wynagrodzeń (jeżeli dotyczy).

**\* Dotyczy wyłącznie osoby/ osób zatrudnionej (-ych) w ramach ww. umowy/porozumienia.**

 **Niedopuszczalne jest przekazywanie danych innych osób, których zwrot nie dotyczy. W przypadku złożenia danych
 w szerszym zakresie, dane nadmiarowe należy zanonimizować.**

 **Kserokopie przedkładanych dokumentów winny być potwierdzone za zgodność z oryginałem.**

 **Wniosek należy wypełnić czytelnie bez użycia korektora, czarnym bądź niebieskim kolorem, każdą poprawkę należy
 zaparafować (data, podpis).**

 *Załącznik nr 1 do wniosku*

 **Rozliczenie finansowe** wynagrodzeń osób zatrudnionych w ramach umowy/porozumienia
w prawie realizacji warunków i finansowania zwrotu kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne podmiotowi prowadzącemu DPS lub jednostce organizacyjnej WRiPZ

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  Lp. | Nazwisko i imię zatrudnionego w ramach umowy nr…………………………………………. zgodnie z umową o pracę | Kwota wynagrodzenia brutto w zł (zgodnie z listą płac) | Kwota wynagrodzenia do zwrotu (z Funduszu Pracy) w zł | Składki na ubezpieczenia społeczne do zwrotu w zł | Ogółem kwota do zwrotuw zł |
| 1 j |  2 |  3 |  4 | 5 | 6 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Ponadto informuję, że niżej wymienieni pracownicy korzystali ze zwolnienia lekarskiego bądź urlopu bezpłatnego:  |
| Lp.  | Nazwisko i imię  | Zaświadczenie 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 ..............................................................................................................przyjęty na czas nieokreślony dnia ................................................ zgodnie z pozycją rozliczenia: ..............................................................................  .................................................... ................................................................... ....................................................../Opr. nazwisko i imię, nr tel./ /Główny Księgowy, pieczątka i podpis/ /Podpis i pieczątka imienna Wnioskodawcy lub osoby uprawnionej do jego reprezentowania/ |