***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 zwrotu  w 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/ | | | | | | | |