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

(pieczęć firmowa wnioskodawcy) (miejscowość, data)

# WNIOSEK

# o refundację w ramach bonu zatrudnieniowego części kosztów poniesionych na wynagrodzenia oraz składki na ubezpieczenia społeczne

Na podstawie art. 66m i art.108 ust.1 pkt 22h ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz

zgodnie z umową **nr……..........................................** zawartą w **dniu ...................................** zwracam się o refundację części kosztów poniesionych na wynagrodzenia oraz składki na ubezpieczenia społeczne za miesiąc **…………........................**

w wysokości**………………….zł**

słownie………………………………………………………………………………………..zł.

W/w kwotę proszę przekazać na konto bankowe pracodawcy nr:

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

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

Główny Księgowy (podpis i pieczątka osoby reprezentującej pracodawcę)

**Załączniki:**

1. rozliczenie finansowe
2. wyciąg z listy płac z wyszczególnieniem wszystkich składników płac;
3. odbiór wynagrodzenia, a w przypadku wypłaty wynagrodzenia w formie przelewu na konto osobiste potwierdzenie przelewu;
4. lista obecności;
5. dowód potwierdzenia przelewu/opłaty należności z tytułu składek na ubezpieczenie społeczne, zdrowotne i Fundusz Pracy;
6. deklaracja rozliczeniowa ZUS DRA/ZUS RCA/ZUS RSA.

**ROZLICZENIE FINANSOWE REFUNDACJI**

**części kosztów poniesionych na wynagrodzenia oraz składki na ubezpieczenia społeczne**

**w ramach bonu zatrudnieniowego**

**za okres od ………………………………………… do ……………………………………**

**w ramach zawartej umowy z dnia ……………………….. nr ……………………………………………………….**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Imię i nazwisko** | **Zatrudniony od dnia** | **Zwolniony dnia** | **Wynagrodzenie brutto** | **Wynagrodzenie za czas niezdolności do pracy z powodu choroby finansowane ze środków pracodawcy**  **od...... do.......** | **Dni nieprzepracowane od......... do......... (z wyłączeniem rubr. 6)** | **Zasiłek chorobowy**  **wypłacany przez ZUS od...... do.......** | **Wynagrodz.**  **do refundacji** | **FUS .......%**  **(od poz. 9)** | **Ogółem do refundacji** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Ogółem do refundacji:** | | | | | | | | |  |  |

**Jednocześnie informuję, że warunki zawartej umowy z Powiatowym Urzędem Pracy w Raciborzu są przez pracodawcę przestrzegane.**

Miejsce archiwizacji dokumentów związanych z realizacją przedmiotu umowy w tym otrzymaną pomocą de minimis

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

**.................................................................. .................................................................. .............................................................................................**

**Podpis i telefon osoby sporządzającej Główny księgowy (pieczątka i podpis osoby reprezentującej pracodawcę)**