**Załącznik Nr 31 do Zarządzenia Nr 1 z 08.01.2024r.**

… … … … … … … … … … … …. … … …

(miejscowość, data)

… … … … … … … … … … … … … … … … …

(pieczęć pracodawcy)

**Powiatowy Urząd Pracy**

**w Giżycku**

**WNIOSEK**

**o zwrot kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne za zatrudnienie bezrobotnego/poszukującego pracy**

Dotyczy\*:

□ podmiotu prowadzącego dom pomocy społecznej (**DPS**)

□ jednostki organizacyjnej wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej (**WRiPZ**)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Zwrot kosztów za okres: | od … … … … … … … … … … do … … … … … … … … … … |
| 2. | Nr umowy: | … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … |
| 3. | Numer NIP pracodawcy: | … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … |
| 4. | Liczba osób objętych zwrotem kosztów: | … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … |
| 5. | Wynagrodzenie: | … … … … … … … … … zł |
| 6. | w tym chorobowe *(jeśli dotyczy):* | … … … … … … … … … zł |
| 7. | Składki na ubezpieczenie społeczne obowiązujące DPS/WRiPZ: | … … … … … … … … … zł |
| 8. | Ogółem: | … … … … … … … … … zł |
| 9. | Słownie złotych: | … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … |
| 10. | Data wypłaty wynagrodzenia: | … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … |
| 11. | Nr rachunku bankowego, na który należy przekazać zwrot kosztów: | … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … |
| 12. | Osoba sporządzająca wniosek/ osoba do kontaktu (imię, nazwisko, nr telefonu): | … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … … |

**Wymagane załączniki do wniosku o zwrot kosztów, potwierdzone pieczęcią i podpisem pracodawcy:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj dokumentu** |
|  | Kopia listy płac wraz z potwierdzeniem odbioru wynagrodzenia przez pracownika (podpis pracownika na liście płac lub elektroniczny wydruk przelewu)  |
|  | Kopia listy obecności  |
|  | Elektroniczne wydruki przelewów lub kopie wpłat do ZUS i US *(jeśli dotyczy)* obowiązujące pracodawcę  |
| 1.
 | Deklaracje ZUS DRA oraz ZUS RCA *(i* *ZUS RSA jeśli dotyczy)*  |
|  | Kopie zwolnień lekarskich *(jeśli dotyczy)* |

… … … … … … … … … … … … … … … … …

(podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej)

**Wypełnia PUP**

|  |  |
| --- | --- |
| Źródło finansowania |  |
| Stwierdzam zgodność wnioskuz umową |  data … … … … … … … … … … podpis … … … … … … … … … … |

\* właściwe zaznaczyć