Załącznik Nr 12 do Zarządzenia Nr 8 z 10.01.2023r.

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

(pieczęć firmowa pracodawcy) miejscowość, dnia

**Powiatowy Urząd Pracy**

**w Giżycku**

**WNIOSEK**

**o refundację wynagrodzenia z tytułu zatrudnienia wspieranego**

**za miesiąc..........................................**

Stosowanie do art. 16 ustawy z dnia 13 czerwca 2003r. o zatrudnieniu socjalnym zgłaszamy wniosek o refundację kosztów poniesionych w związku z zatrudnieniem wspieranym.

Wniosek dotyczy umowy nr ................................................................... z dnia.............................................................

Dane pracodawcy:

Nazwa..............................................................................................................................................................................

Adres:..............................................................................................................................................................................

Nr konta bankowego.......................................................................................................................................................

Data wypłaty wynagrodzenia.........................................................................................................................................

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko bezrobotnego,  nr pesel | Wysokość wynagrodzenia brutto  w danym  m-cu | Wysokość wynagrodz.  podlegająca refundacji  (bez zasiłku chorobowego) | Wysokość składki ZUS podlegającej refundacji | Wysokość wynagrodz. chorobowego płaconego przez Zakład podlegająca refundacji | Ogółem kwota do refundacji  (2+3) | Ilość dni nieobecności |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Wymagane załączniki do wniosku o refundację, 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 |  |
|  | Deklaracje ZUS DRA oraz ZUS RCA *(i* *ZUS RSA jeśli dotyczy)* |  |
|  | Kopie zwolnień lekarskich *(jeśli dotyczy)* |  |

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

(Podpis Pracodawcy lub osoby upoważnionej)

**Wypełnia PUP**

|  |  |
| --- | --- |
| Stwierdzam zgodność wniosku z ww. umową | data …………………… podpis ……………………………….. |