………………………………..

 / *nazwa i adres pracodawcy/* …………………, dnia …………….

***POWIATOWY URZĄD PRACY***

***W DZIAŁDOWIE***

**WNIOSEK**

**o dokonanie jednorazowej refundacji poniesionych kosztów z tytułu opłacanych**

**składek na ubezpieczenia społeczne w związku z zatrudnieniem skierowanego**

**bezrobotnego**

Na zasadach określonych w:

- art. 47 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tj. Dz. U. z 2017r., poz. 1065 ze zm);

- rozporządzeniu MPiPS z dnia 24 czerwca 2014 r. w sprawie organizowania prac interwencyjnych i robót publicznych oraz jednorazowej refundacji kosztów
z tytułu opłaconych składek na ubezpieczenie społeczne (Dz. U. z 2014 r, poz. 864);

Zgłaszamy wniosek o jednorazową refundację kosztów poniesionych z tytułu opłaconych składek na ubezpieczenia społeczne związane z zatrudnieniem osoby bezrobotnej.

Wniosek dotyczy umowy nr**……………………….** z dnia**…………………………**

**Dane płatnika składek:**

1. Nazwa pracodawcy ..................................................................................................................................

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

1. Adres ........................................................................................................................................................
2. Telefon: .........................................4. NIP: ..................................... 5. Regon: ........................................
3. Nazwa banku i numer konta …………………………………………………………………………….

**Dane osoby zatrudnionej:**

1. Imię i nazwisko.........................................................................................................................................
2. Data urodzenia .........................................................................................................................................
3. Miejsce zamieszkania ..............................................................................................................................
4. Okres, na który zawarto umowę o pracę .................................................................................................

 W związku z zatrudnieniem od dnia .................................. bezrobotnego, o którym mowa w art. 2 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy ( Dz. U. z 2016 r., poz. 645 z późn. zm.) wnoszę o dokonanie zwrotu kosztów opłaconych składek na ubezpieczenia społeczne za okres od ................................................. do ......................................................

w kwocie ............................................złotych (słownie: ....................................................................................

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

 **ROZLICZENIE JEDNORAZOWYCH KOSZTÓW SKŁADEK NA UBEZPIECZENIE SPOŁECZNE**

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  Miesiące za które opłacono składki | Wynagrodzenie brutto | % ZUS | Zapłacona składka ZUS | Zasiłek chorobowy płatny przez |
| Z-d | ZUS |
| m-c ................. |   |   |   |   |   |
| m-c ................. |   |   |   |   |   |
| m-c ................. |   |   |   |   |   |
| m-c ................. |   |   |   |   |   |
| m-c ................. |   |   |   |   |   |
| m-c ................. |   |   |   |   |   |
| m-c ................. |   |   |   |   |   |
| m-c ................. |   |   |   |   |   |
| m-c ................. |   |   |   |   |   |
| m-c ................. |   |   |   |   |   |
| m-c ................. |   |   |   |   |   |
| m-c ................. |   |   |   |   |   |
| m-c ................. |   |   |   |   |   |
| **RAZEM** | X | X |   |  X | X |

Oświadczam, że dane zawarte w rozliczeniu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

……………………………… ……………………………

 */Główny Księgowy/ /Pracodawca/*

**ZAŁĄCZNIKI**

* lista płac z potwierdzeniem odbioru wynagrodzenia (w przypadku choroby – zwolnienie lekarskie, ZUS RSA),
* deklaracje ZUS DRA i RCA,
* opłaty składek na ubezpieczenie społeczne,
* lista obecności,
* informacja o dalszym zatrudnieniu skierowanych bezrobotnych (kserokopia umowy o pracę).