

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(pieczęć firmowa pracodawcy)

**Powiatowy Urząd Pracy  
w Mławie**

**WNIOSEK**

**o zwrot części kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki  
na ubezpieczenia społeczne skierowanych bezrobotnych do 30 roku życia**

Na podstawie art. 150f i art. 150g Ustawy z dnia 20.04.2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2015 r. poz. 149 z późn. zm.) w związku z zawartą umową nr ..... w dniu ....., prosimy o refundację:

- wynagrodzeń w kwocie ..... zł  
- składki na ubezpieczenie społeczne od refundowanych wynagrodzeń ..... zł  
Ogółem do refundacji kwota ..... zł

(słownie złotych: .....)

Środki finansowe prosimy przekazać .....  
(nazwa banku, numer rachunku)

w terminie 30 dni od otrzymania niniejszego pisma.

.....  
(Główny Księgowy, pieczętka i podpis)

.....  
(Pracodawca, pieczętka i podpis)

**Załączniki:**

1. Rozliczenie finansowe za miesiąc .....
2. Kopia listy płac z pokwitowaniem odbioru wynagrodzenia
3. Kserokopia imiennej listy obecności
4. Kserokopia Deklaracji DRA ZUS
5. Kserokopia deklaracji ZUS RCA, RSA (deklaracja imienna)
6. Kserokopie dowodów wpłat ZUS i US – kopie przelewów
7. Kserokopie zwolnień lekarskich

**Kserokopie przedkładanych dokumentów powinny być potwierdzone za zgodność z oryginałem.** Wnioski bez kompletu załączników nie będą realizowane. Termin realizacji wniosku liczony będzie od dnia dostarczenia kompletu załączników.

.....  
(pieczęć firmowa pracodawcy)

### Rozliczenie finansowe wynagrodzeń osób zatrudnionych w ramach refundacji -30

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

Lp.	Nazwisko i imię zatrudnionego w ramach refundacji -30	Wynagrodzenie brutto w zł	Wynagrodzenie refundowane dla pracodawcy w zł	Wpłata do ZUS .....% od rubr. 4 w zł	Razem do refundacji w zł
1	2	3	4	5	6
<b>Ogółem do refundacji: słownie złotych: .....</b>					

Ponadto informuję, że niżej wymienieni pracownicy korzystali ze zwolnienia bądź urlopu bezpłatnego:

Lp.	Nazwisko i imię	Zwolnienie lekarskie od – do	Wynagrodzenie za czas choroby (płatne z funduszu pracodawcy)	Zasiłek chorobowy (płatny z ZUS)	Urlop bezpłatny od -do
1	2	3	4	5	6

.....  
( opr. nazwisko i imię: nr tel.)

.....  
(główny Księgowy; pieczętka i podpis)

.....  
(Pracodawca; pieczętka i podpis)