

.....  
(miejsowość i data)

.....  
(pieczęć firmowa pracodawcy)

## Powiatowy Urząd Pracy w Łobzie



### W N I O S E K

**o zwrot miesięcznego dofinansowania wynagrodzenia za zatrudnienie skierowanego bezrobotnego, który ukończył 50 rok życia / 60 rok życia**

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

stosownie do postanowień art. 60d oraz art. 108 ust. 1 pkt. 16d ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz.U. z 2024 r. poz. 475 ze zm.),  
oraz zgodnie z umową nr ..... zawartą w dniu .....

zwracam się o dofinansowanie wynagrodzenia:

- wynagrodzenie: - ..... zł
- wynagrodzeń za czas choroby - ..... zł
- Ogółem kwota do refundacji - ..... zł**

(słownie złoty: .....  
.....)

Środki finansowe prosimy przekazać .....  
(nazwa banku)


### Rozliczenie finansowe na odwrocie.

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

.....  
(Gł. Księgowy pieczętka i podpis)

.....  
(Pracodawca pieczętka i podpis)

### Załączniki:

1. Kserokopia **listy płac potwierdzona za zgodność z oryginałem** z pokwitowaniem odbioru wynagrodzenia na liście płac lub potwierdzeniem dokonania przelewu na ROR.
2. Kserokopia **listy obecności potwierdzona za zgodność z oryginałem.**
3. Kserokopia deklaracji ZUS RCA.
4. Kserokopie **zwolnień lekarskich potwierdzone za zgodność z oryginałem.**

Aktualizacja na dzień 02.01.2025 r.

**Rozliczenie finansowe wynagrodzeń  
osób zatrudnionych na podstawie zawartej umowy**

nr .....

za miesiąc ..... 2025 r.

Lp.	Nazwisko i imię	Ilość dni chorobowych płatnych przez:		Ilość dni niepłatnych	Wynagrodzenie brutto wypłacone przez zakład pracy		Kwota wynagrodzenia do refundacji	
		zakład pracy	ZUS		za czas pracy	za czas choroby	za czas pracy	za czas choroby
1.								
2.								
3.								
<b>RAZEM</b>								

.....  
(sporządził)