.....
(miejscowość 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 2020 r. poz. 1409 z późn. 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 złotych: .....

.....)

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

Rozliczenie finansowe na odwrocie.

.....
(opr. nazwisko i imię, nr tel.)

.....
(Gł. Księgowy pieczątka i podpis)

.....
(Pracodawca pieczątka 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 04.01.2021 r.

Rozliczenie finansowe wynagrodzeń
osób zatrudnionych na podstawie zawartej umowy

nr .....

za miesiąc ..... **2021 *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.								
RAZEM								

.....
(sporządził)