

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć firmowa pracodawcy)

**POWIATOWY URZĄD PRACY
w Pruszkowie**

WNIOSEK

o dofinansowanie wynagrodzenia za zatrudnienie skierowanego bezrobotnego, który ukończył 50 rok życia nie ukończył 60 lat. w przypadku kobiety lub 65 lat – w przypadku mężczyzny, lub za poszukującego pracy który ukończył 60 lat, w przypadku kobiety lub 65 lat – w przypadku mężczyzny.

Na podstawie art. 141 ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia oraz zgodnie z umową Nr UmDofWynag /...../.....zawartą w dniu.....**prosimy**

o dofinansowanie wynagrodzenia zatrudnionego bezrobotnego

w kwocie: zł

słownie:

Środki finansowe prosimy przekazać na rachunek : nazwa banku
numer konta:

.....
(Pracodawca, pieczęć i podpis)

Załączniki:

1. Rozliczenie finansowe
2. Kserokopia listy płac z potwierdzeniem odbioru wynagrodzenia (data odbioru i podpis lub przelew bankowy)
3. Kserokopia listy obecności
4. Kserokopia deklaracji ZUS DRA + ZUS RCA za miesiąc, w którym dokonano wypłaty wynagrodzenia, a w przypadku zwolnień lekarskich ZUS RSA)
(dokumenty drukowane w trybie Roboczym nie będą przyjmowane)
5. Dowody wpłat: ZUS za miesiąc w którym dokonano wypłaty wynagrodzenia

Uwaga

Wszystkie kserokopie załączników dołączone do wniosku muszą być potwierdzone za zgodność z oryginałem pieczęcią firmową i imienną oraz podpisem pracodawcy

.....
(pieczęć firmowa pracodawcy)

Rozliczenie finansowe wynagrodzenia osób zatrudnionych w ramach dofinansowania wynagrodzenia za zatrudnienie skierowanego bezrobotnego, który ukończył 50 rok życia nie ukończył 60 lat. w przypadku kobiety lub 65 lat – w przypadku mężczyzny, lub za poszukującego pracy który ukończył 60 lat, w przypadku kobiety lub 65 lat – w przypadku mężczyzny.

za okres od dnia do dnia

Lp	Nazwisko i imię zatrudnionego w dofinansowania zgodnie z umową o pracę od do	Wynagrodzenie brutto w/g listy płac (w zł)	Wynagrodzenie netto w/g listy płac (w zł)	Wynagrodzenie do refundacji z Funduszu Pracy (w zł)			
1	2	3	4	5			
Ogółem do refundacji słownie złotych							
Ponadto informuję, że niżej wymienieni pracownicy korzystali ze zwolnienia lekarskiego 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
			ilość dni od – do	Kwota (w zł)	ilość dni od – do	Kwota (w zł)	
1	2	3	4	5	6	7	8
UWAGI: Zwolniony dnia przyczyna zwolnienia: Po zakończeniu 18/36 miesięcznego okresu zatrudnienia, osoba skierowana przez PUP jest zatrudniona nadal na okres							

* niewłaściwe skreślić

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