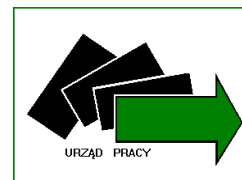




**Powiatowy Urząd Pracy w Tarnobrzegu
Centrum Aktywizacji Zawodowej**

39 – 400 Tarnobrzeg, ul. 1 Maja 3
tel. (0-15) 823 00 30, fax (0-15) 823-01 66

<http://tarnobrzeg.praca.gov.pl>, e-mail: rzta@praca.gov.pl



.....
(pieczęć firmowa Pracodawcy)

.....
(miejscowość i data)

**Powiatowy Urząd Pracy
w Tarnobrzegu**

**Wniosek
o zwrot części kosztów poniesionych na wynagrodzenie bezrobotnego,
który ukończył 50 rok życia**

Na podstawie ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (jednolity tekst: Dz. U. z 2022r. poz. 690 z późn. zm.) oraz zgodnie z zawartą umową w dniu znak: PR.635.....20.....r. o dofinansowanie wynagrodzenia za zatrudnienie bezrobotnego, który ukończył 50 rok życia, prosimy o refundację za okres: od do

– wynagrodzenie w kwocie: zł

(słownie złotych :)

Środki finansowe prosimy przekazać.....

.....
(nazwa banku, nr rachunku)

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

.....
(Pracodawca, pieczęć i podpis)

Załączniki:

1. Rozliczenie finansowe.
2. Kopia listy płac z pokwitowaniem odbioru wynagrodzenia.
3. Kopia listy obecności.
4. Kopia zwolnienia lekarskiego.

Kopie przedkładanych dokumentów winny być potwierdzone za zgodność z oryginałem i dotyczyć wyłącznie osób za które przysługuje refundacja.

[20.01.2023r.]

.....
(pieczęć firmowa Pracodawcy)

**Rozliczenie finansowe wynagrodzenia osób zatrudnionych w ramach umowy o dofinansowanie wynagrodzenia
za zatrudnienie bezrobotnego, który ukończył 50 rok życia**

za okres od do

Lp.	Nazwisko i imię zatrudnionego	Wynagrodzenie brutto wypłacone przez pracodawcę w zł	Wynagrodzenie za czas choroby wypłacone przez pracodawcę w zł	koszty poniesione przez pracodawcę na wynagrodzenie (3+4)	Kwota do refundacji przez PUP w zł
1	2	3	4	5	6
1.					
2.					
3.					
Razem					

(słownie do refundacji zł.)

Ponadto informuję, że pracownik korzystał 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
1.							
2.							
3.							

Uwagi:

Zwolniony dnia, przyczyna zwolnienia
.....
.....
.....

.....
(opr. nazwisko i imię, nr tel.)

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

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