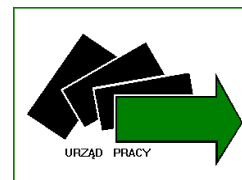




**Powiatowy Urząd Pracy w Tarnobrzegu**  
**Centrum Aktywizacji Zawodowej**

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](mailto: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 2024r. poz. 475 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<br>brutto wypłacone<br>przez<br>pracodawcę<br>w zł | Wynagrodzenie<br>za czas choroby<br>wypłacone przez<br>pracodawcę<br>w zł | koszty poniesione<br>przez pracodawcę na<br>wynagrodzenie<br>(3+4) | Kwota<br>do refundacji<br>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<br>lekarskie od<br>- do | Wynagrodzenie za<br>czas choroby (płatne<br>z funduszu<br>pracodawcy) |               | Zasiłek chorobowy<br>(płatny z ZUS) |               | Urlop<br>bezpłatny<br>od – do |
|-----|-----------------|------------------------------------|---|---------------|-------------------------------------|---------------|-------------------------------|
|     |                 |                                    | ilość dni<br>od - do  | kwota<br>w zł | ilość dni<br>od – do                | kwota<br>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)