……………………………

(miejscowość, data)

……………………………….

nazwa i adres pracodawcy

**Powiatowy Urząd Pracy**

**w Poznaniu**

ul. Czarnieckiego 9

61-538 Poznań

**WNIOSEK**

o zwrot części kosztów poniesionych na wynagrodzenia z tytułu przyznanego **świadczenia aktywizacyjnego**

**na podstawie umowy z dnia ……. Nr ………../………….. za miesiąc ……………..…….……../…………...**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko pracownika | Wynagrodzenie brutto zgodne z listą płac | Refundacja wynagrodzenia za pracę |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |
| **Razem:** | |  |  |
| **Kwota słownie:** | | | |

Nazwa banku i nr rachunku, na który prosimy przekazać środki finansowe: ………………..……………………………………….. \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

Załączniki:

1. Uwierzytelniona kserokopia zanonimizowanej listy płac wraz z potwierdzeniem wypłaty wynagrodzenia (przelew, dowód KW lub podpis pracownika na liście płac poświadczający odbiór wynagrodzenia).
2. Uwierzytelniona zanonimizowana lista obecności.
3. Potwierdzenie naliczenia składek na ubezpieczenia społeczne za skierowane osoby bezrobotne z potwierdzeniem opłacenia składek **(np. deklaracja ZUS DRA z potwierdzeniami zapłaty zgodnie z deklaracją lub zanonimizowany raport ZUS RCA wraz z** zanonimizowanymi **potwierdzeniami zapłaty składek za skierowanego).**
4. Deklaracja ZUS RSA w przypadku zwolnienia lekarskiego.

…………………………………………….. ……….…………………………………………..

Imię i nazwisko, nr telefonu osoby  **pieczęć i podpis pracodawcy**

sporządzającej wniosek