……………………………

 (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 | Ogółem refundacja  |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  |  |  |  |
| **Razem:** |  |  |  |
| **Kwota refundacji słownie:** |  |

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

Załączniki:

1. Uwierzytelniona kserokopia listy płac wraz z potwierdzenie wypłaty wynagrodzenia (przelew, dowód KW lub podpis pracownika na liście płac poświadczający odbiór wynagrodzenia).
2. Uwierzytelniona 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 imienny raport ZUS RCA wraz z imiennymi potwierdzeniami zapłaty za skierowanego bezrobotnego).**
4. Kserokopie ewentualnych zwolnień lekarskich

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

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

 sporządzającej wniosek