Warszawa, dnia ⁯⁯-⁯⁯-⁯⁯⁯⁯r.

............................................

(Pieczęć firmowa pracodawcy)

**Prezydent m.st. Warszawy**

**za pośrednictwem
Urzędu Pracy m. st. Warszawy**

 W nawiązaniu do umowy nr **RZ-30/……/201…..**z dnia ………….. r. w sprawie refundacji kosztów poniesionych na składki na ubezpieczenia społeczne za bezrobotnego do 30 roku życia.

 wnioskujemy o refundację za m-c .................................

* ogółem składki na ubezpieczenia społeczne w kwocie ⁯..................... PLN,

Słownie zł. ......................................................................................................................

Oświadczam, że informacje zawarte we wniosku i załączonych do niego dokumentach są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

Jednocześnie informuję, że warunki zawartej umowy z Miastem st. Warszawa –Urzędem Pracy m.st. Warszawy, są przez pracodawcę przestrzegane.

Środki finansowe prosimy przekazać na nasze konto w banku ..................................

nr rachunku \_ \_ - \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_

|  |  |
| --- | --- |
|  | ……………................………………... |
|  | Podpis i pieczątka imienna pracodawcy |

Załączniki:

1. Kopia listy płac (imienna) za m-c………...............................
2. kopia przelewu wynagrodzenia za m-c…………………………………..
3. Kopia ZUS DRA, RCA za m-c…………………….….…………..……..……
4. Kopia przelewu składek ZUS za m-c………............................
5. Kopia zwolnienia lekarskiego ZUS ZLA, ZUS RSA.

Wynagrodzenie za miesiąc ………………………. zostało wypłacone w miesiącu: ……….…………………………. .

Składki i podatek od wypłaconego wynagrodzenia zostały opłacone w miesiącu:………………………….. .

**Wszystkie kserokopie wymaganych załączników
muszą być poświadczone za zgodność z oryginałem!!!**

Wnioski prosimy składać w Urzędzie Pracy m. st. Warszawy
przy ul. Ciołka 10A w Warszawie, tel. 693-396-722

#

#  Rozliczenie finansowe wynagrodzeń osób zatrudnionych

 w ramach refundacji składek (-30)

# …………………………………………………… za okres od ……………………………………do ………………………………… Pieczęć firmowa pracodawcy

 Umowa o pracę zawarta od ……………………………do …………………………………

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| l.p. | Nazwisko i imię | Wynagrodzenie brutto | Zwolnienie lekarskieod ………………do ……………… | Wynagrodzeniechorobowe | Wynagrodzenie refundowanedla pracodawcyze środków Funduszu Pracy |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|  |  |  |  |  |  |
|  | - |  |  |  |  |

Słownie zł.:………………...................................................................................................................................................................................

UWAGI:

zwolniony dnia .................. przyczyna zwolnienia ............................../ przyjęty na czas nieokreślony dnia ................ zgodnie z pozycją z rozliczenia.

|  |  |
| --- | --- |
| ……………................………………... | ……………................………………... |
| nr tel. osoby sporządzającejlub adres e-mail | Podpis i pieczątka osoby sporządzającej |