............................... ........................ dnia.........................

/pieczęć firmowa pracodawcy/

. **Powiatowy Urząd Pracy**

**w Ełku**

**WNIOSEK**

**o zwrot poniesionych kosztów w związku z zatrudnieniem wspieranym**

**za miesiąc..........................................**

Stosowanie do art. 16 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym (tekst jednolity Dz. U. z 2025 r. poz. 83) zgłaszam(y) wniosek o refundację kosztów poniesionych w związku z zatrudnieniem wspieranym.

Wniosek dotyczy umowy nr .......................................................................... z dnia.............................................................

Dane pracodawcy:

Nazwa.....................................................................................................................................................................................

Adres:......................................................................................................................................................................................

Nr konta bankowego...............................................................................................................................................................

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko bezrobotnego**  **PESEL** | **Wysokość wynagrodzenia brutto**  **w danym**  **m-cu** | **Wysokość wynagrodzenia podlegająca refundacji (bez wynagrodzenia chorobowego)** | **%  ZUS** | **Składka ZUS**  **podlegająca refundacji** | **Wynagrodzenie**  **chorobowe** | **Ogółem kwota do**  **refundacji** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Razem** |  |  |  |  |  |  |

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

/ Podpis i pieczątka Pracodawcy /

ZAŁĄCZNIKI :

(kserokopie dokumentów potwierdzone przez pracodawcę za zgodność z oryginałem):

* Lista płac z pokwitowaniem obioru wynagrodzenia lub kopią przelewu wynagrodzenia
* Deklaracje ZUS DRA wraz z potwierdzeniem opłaty składek
* Lista obecności (w przypadku choroby – zwolnienie lekarskie)