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

 pieczęć firmowa Pracodawcy miejscowość i data

**Starosta Gostyński**

 Na podstawie art. **140** ustawy z dnia 20 marca 2025 roku o rynku pracy i służbach zatrudnienia
(t.j. Dz. U. 2025r. poz.140) w związku z Umową Nr..................... z dnia ................................... w sprawie zwrotu części poniesionych kosztów związanych zatrudnieniem bezrobotnych w ramach zwrot kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenie społeczne za zatrudnionych skierowanych bezrobotnych w domu pomocy społecznej proszę o refundację poniesionych kosztów za okres od dnia ........................ do dnia ........................... na:

* wynagrodzenie dla ............. zatrudnionego(ych) w wysokości:

 (liczba zatrudnionych)

 ............................................. zł /§4010/

* składki na ubezpieczenia społeczne w wysokości

 ............................................. zł /§4110/

* wynagrodzenie za czas choroby w wysokości ............................................. zł /§4010/

Ogółem do refundacji : ............................................. zł

słownie /......................................................................................................................................./

Jednocześnie nadmieniam, że warunki umowy zawartej ze Starostą Gostyńskim są przez Pracodawcę przestrzegane.

Ww. kwotę proszę przekazać na nasze konto:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 (nr konta)

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

 pieczęć i podpis głównego księgowego pieczęć i podpis Pracodawcy

\* niepotrzebne skreślić

Załączniki :

1. Rozliczenie finansowe wynagrodzeń osób zatrudnionych w ramach art. 140 (zał.nr 1).
2. Kserokopia listy płac osoby zatrudnionej w ramach art. 140 wraz z potwierdzeniem odbioru wynagrodzenia przez te osoby, potwierdzona pieczątką nagłówkową pracodawcy i pieczątką imienną osoby potwierdzającej.
3. Kserokopia deklaracji ZUS P RCA, RSA, DRA wraz z potwierdzeniem opłacenia składek za miesiące rozliczeniowe /polecenie przelewu lub wyciąg z banku/, potwierdzona pieczątką nagłówkową pracodawcy i pieczątką imienną osoby potwierdzającej.
4. Kserokopia listy obecności, potwierdzona pieczątką nagłówkową pracodawcy i pieczątką imienną osoby potwierdzającej.

*(Kserokopie dokumentów prosimy uwierzytelnić)*

**UWAGA: W przypadku braku jakiegokolwiek załącznika wniosek nie zostanie rozpatrzony**

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

 (pieczęć firmowa pracodawcy)

 Rozliczenie finansowe wynagrodzeń osób zatrudnionych w ramach art. 140

 za okres od .................................................... do ............................................................

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  **L. p** |  **Nazwisko i imię zatrudnionego w ramach umowy o refundacje wynagrodzenia i składek na ubezpieczenie społeczne** |  **Wynagrodzenie brutto w zł w/g listy płac** | **Wynagrodzenie do refundacji z Funduszu Pracy ( bez wynagrodzenia za czas choroby)** |  **Składka**  **ZUS .........% od rubr. 4 w zł** | **Wynagrodzenie za czas choroby refundowane z Funduszu Pracy** |  **Razem do refundacji z FP w zł (4+5+6)** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Ogółem do refundacji: słownie złotych: ...........................................................................................................** |

Ponadto informuję, że niżej wymienieni pracownicy korzystali ze zwolnienia lekarskiego bądź urlopu bezpłatnego:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  **L.p.** |  **Nazwisko i imię** |  **Zwolnienie lekarskie**  |  **Wynagrodzenie za czas choroby ( płatne ze środków pracodawcy )** |  **Zasiłek chorobowy ( płatny z ZUS )** |  **Urlop bezpłatny**  |
|  |  | **od - do** |  **ilość dni od - do** |  **kwota w zł** |  **ilość dni od - do** |  **kwota w zł**  |  **od - do** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

\* niepotrzebne skreślić

 **UWAGI:**

Zwolniony dnia …………………….. przyczyna zwolnienia …………………………………………………

 Przyjęty na czas nieokreślony dnia ……………………… zgodnie z pozycją rozliczeniową …………...

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

 (imię i nazwisko osoby sporządzającej (Główny Księgowy: (Pracodawca:

 wniosek: nr tel.) pieczęć i podpis) pieczęć i podpis