obowiązuje od dnia 19.01.2023r.

.................................... ........................., dnia .....................

(nazwa / firma)

 **Starosta Powiatu Mieleckiego**

**za pośrednictwem**

**Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy w Mielcu**

**Dot. Umowy nr ....................................... z dnia ...............................**

Zgodnie z zawartą umową w sprawie zwrotu kosztów podmiotowi prowadzącemu dom pomocy społecznej lub jednostce organizacyjnej wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej za zatrudnienie bezrobotnego/ poszukującego pracy proszę o refundację części wydatków poniesionych na:

- wynagrodzenia dla .............. skierowanych bezrobotnych w wysokości .......................................... zł

- składki na ubezpieczenie społeczne w wysokości .......................................... zł

 Razem do refundacji ..........................................zł

( słownie złotych .................................................................................................................................
...........................................................................................................................................................).

Kwotę do refundacji proszę przekazać na konto zakładu: .................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... .

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

 ( podpis )

*Załączniki:*

1. *rozliczenie finansowe,*
2. *kopia listy płac z potwierdzeniami wypłaty wynagrodzeń,*
3. *kopia deklaracji ZUS DRA wraz z dowodem odprowadzenia składki na ubezpieczenie społeczne, zdrowotne i Fundusz Pracy,*
4. *kopia deklaracji RCA raportu imiennego,*
5. *kopia deklaracji RSA raportu imiennego /w przypadku zasiłków chorobowych lub opieki*
6. *kopia dowodu wpłaty na podatek dochodowy od łącznej kwoty dokonanych wypłat (PIT-4)*
7. *kopia listy obecności,*
8. *wydruk zaświadczenia lekarskiego wystawionego w formie dokumentu elektronicznego ZUS ZLA (w przypadku chorobowego lub opieki).*

**Uwaga: Pierwszą stronę wniosku należy składać w 2-ch egzemplarzach.**

 **Wszystkie kserokopie potwierdzać należy za zgodność z oryginałem.**

WYPEŁNIA URZĄD PRACY

**Do refundacji za miesiąc ..................................**

- wynagrodzenie ................................ zł

- składka ZUS ................................ zł

- razem ................................ zł

Podmiot nie figuruje na liście osób i podmiotów objętych sankcjami prowadzonej w Biuletynie Informacji Publicznej MSWiA: [www.gov.pl/web/mswia/lista-osob-i-podmiotow-objetych-sankcjami](http://www.gov.pl/web/mswia/lista-osob-i-podmiotow-objetych-sankcjami).

termin realizacji do dnia .................. ………………………………….

 ( rozliczył )