

Załącznik nr 2 do Regulaminu

.....
(pieczęć Wnioskodawcy)

.....
(miejsowość, data)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

(nr rachunku bankowego)

Starosta Piaseczyński
za pośrednictwem
Dyrektora
Powiatowego Urzędu Pracy w Piasecznie

WNIOSEK

o zwrot podmiotowi prowadzącemu Dom Pomocy Społecznej lub jednostce organizacyjnej Wspierania Rodziny i Systemu Pieczy Zastępczej części lub całości kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne za miesiąc r.

Stosownie do postanowień art. 57a ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy

Wniosek dotyczy umowy numer z dnia..... r.

Imię i nazwisko osoby skierowanej do pracy	Wynagrodzenie podlegające refundacji zgodnie z warunkami umowy	Wynagrodzenie chorobowe podlegające refundacji	Ogółem do refundacji
Ogółem:			

.....
(Główny Księgowy)

.....
(podpis i pieczęć pracodawcy)

Załączniki do wniosku:

- uwierzytelniona kopia list płac wraz z przelewem dokonania płatności na konto pracownika,
- ksero imiennego raportu płatnika (deklaracja ZUS RCA wyłącznie osoby skierowanej)
- w przypadku zasiłku/wynagrodzenia chorobowego (deklaracja ZUS RSA wyłącznie osoby skierowanej)

UWAGA:

Wniosek musi być złożony w oryginale a wszystkie kopie dokumentów muszą być potwierdzone za zgodność z oryginałem przez pracodawcę lub księgową (osobę upoważnioną do prowadzenia dokumentacji kadrowej w firmie)

Wniosek należy złożyć z załącznikami osobiście do sekretariatu urzędu, za pomocą internetowej skrzynki podawczej i profilu zaufanego: praca.gov.pl lub ePUAP (adres: Powiatowy Urząd Pracy w Piasecznie).

Ważne:

Nie dopuszcza się przesyłania skanów dokumentów o zwrot kosztów: wniosku wraz z załącznikami za pomocą e-maila (przesyłanie ich na adres poczty elektronicznej (e-mailem) pozostawia się **bez rozpoznania**. Urząd nie ponosi odpowiedzialności za bezpieczeństwo nadesłanych załączników pod względem ochrony danych osobowych)