.....
pieczęć firmowa pracodawcy

nr rachunku bankowego

Zwoleń, dnia .....

Powiatowy Urząd Pracy w Zwoleniu

WynDPS

WNIOSEK

o zwrot kosztów zatrudniającym skierowanych bezrobotnych lub poszukujących pracy w domu pomocy społecznej albo jednostce organizacyjnej WRiPZ

na podstawie porozumienia/umowy z dnia ..... Nr UMWynDPS /..... /..... za miesiąc ..... /.....r.

- Kwota zwrotu kosztów ustalona w porozumieniu/umowie .....+ZUS;
- Wysokość składki na ubezpieczenie wypadkowe ..... %

Lp.	Nazwisko i imię	Wynagrodzenie brutto zgodnie z listą płac	Ilość dni, za które dokonano potrąceń *	Wysokość wynagrodzenia do zwrotu				Składki na ubezpieczenie społeczne finansowanych przez pracodawcę od poz. 6	Ogółem kwota zwrotu kosztów kol. 6+8+9
				za pracę		za czas choroby do 33 dni			
				Liczba dni	Kwota	Liczba dni	Kwota		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ogółem									

**) nieobecność nieusprawiedliwiona, nieobecność usprawiedliwiona bezpłatna, zasiłek opiekuńczy /opieka nad chorym dzieckiem lub innym członkiem rodziny/*

Załączniki :

1. Listy płac wraz z potwierdzeniem odbioru wynagrodzenia przez pracownika (podpis na liście płac, polecenie przelewu wpłaty na konto bankowe lub dowód KW),
2. Listy obecności ,
3. Deklaracje rozliczeniowe ZUS DRA (z potwierdzeniem wpływu do ZUS) oraz dowody odprowadzania składek ZUS (przelew),
4. Imienne raporty miesięczne -ZUS RCA, RSA dot. pracowników, za których dokonywany jest zwrot kosztów,
5. Oświadczenie o wysokości wpłaconej do US zaliczki na podatek doch. od łącznej kwoty dokonanych wypłat wynagrodzeń wraz z dowodem wpłaty podatku,
6. Zwolnienia lekarskie,

Wymienione załączniki winny być potwierdzone „za zgodność z oryginałem”

UWAGA! WNIOSEK BĘDZIE ROZPATRYWANY PO PRZEDŁOŻENIU WSZYSTKICH WYMAGALNYCH DOKUMENTÓW

.....
Nazwisko i imię, nr telefonu osoby sporządzającej wniosek

.....
Pracodawca (pieczęć i podpis)

..... …….....
(pracodawca) (miejscowość, dnia)

OŚWIADCZENIE

Pouczony(a) o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 §1 K.K.[1] oświadczam, że zaliczka miesięczna na podatek dochodowy od wynagrodzeń pracowników za miesiąc ..... 20…. roku wyniosła ..... zł.

.....
podpis pracodawcy