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

(pieczęć firmowa Pracodawcy) (miejscowość i data)

 ***Załącznik Nr 6 do Zarządzenia*** ***Nr 04/07/2025*** ***Dyrektora***  ***Powiatowego*** ***Urzędu Pracy w Łęczycy z dnia 15.07 2025 r***

 Powiatowy Urząd Pracy

 w Łęczycy

#  **W N I O S E K**

**o dofinansowanie wynagrodzenia za zatrudnienie skierowanego (zaznaczyć właściwe):**

 **bezrobotnego, który ukończył 50 rok życia, a nie ukończył 60 lat – w przypadku kobiety lub**

 **65 lat – w przypadku mężczyzny**

 **poszukującego pracy, który ukończył 60 lat- w przypadku kobiety lub 65 lat – w przypadku**

 **mężczyzny**

**za miesiąc** ………………………………….. ……..……….. r.

Na podstawie art. 141 ustawy z dnia 20.03.2025 r. ***o rynku pracy i służbach zatrudnienia*** (Dz.U. z 2025 r. poz. 620) oraz zgodnie z umową zawartą z Powiatowym Urzędem Pracy w Łęczycy w dniu .............................. numer ……….……………........... o dofinansowanie wynagrodzenia na okres od .................................... do ............................... dla .......... osób bezrobotnych/poszukujących pracy występuję o dofinansowanie:

- wynagrodzeń w kwocie ………………............................................ zł

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

Środki finansowe proszę przekazać ..........................................................................................................

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

(nazwa banku, nr konta bankowego pracodawcy)

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

 (Główny Księgowy – pieczątka, podpis) (Pracodawca, pieczątka, podpis)

**Załączniki:**

1. Rozliczenie finansowe.

2. Kopia listy płac wraz z potwierdzeniem przelewu lub pokwitowaniem odbioru wynagrodzenia.

3. Kopia listy obecności.

4. Kserokopia deklaracji RCA, DRA, potwierdzenie przelewu składki ZUS.

5.Kserokopia deklaracji RSA, wydruki zwolnień lekarskich- jeżeli występują.

6. Potwierdzenie przelewu zaliczki na podatek dochodowy od osób uzyskujących przychody ze stosunku pracy (PIT 4)

7. Kserokopia ewentualnego wniosku urlopowego złożonego przez pracownika.

**U W A G A** . Kopie dokumentów muszą być potwierdzone za zgodność z oryginałem przez pracodawcę.

……………….............................

 (pieczątka Pracodawcy)

**Rozliczenie finansowe kosztów poniesionych przez wnioskodawcę na wynagrodzenia w ramach DOFINANSOWANIA**

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię zatrudnionego  | Wynagrodzenie brutto zgodnie z listą płac | Wynagrodzenie chorobowe zgodnie z listą płac  | Ilość dni kalendarzowych, za które przysługuje pracownikowi prawo do wynagrodzenia | Ilość dni kalendarzowych, za które przysługuje pracownikowi prawo do wynagrodzenia chorobowego | Kwota dofinansowania3+4 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|  |  |  |  |  |  |  |

Słownie złotych: .............................................................................................................................................................................................

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

 Sporządził Skarbnik Pracodawca

 (pieczątka, podpis) (pieczątka, podpis) (pieczątka, podpis)