Załącznik nr 1 do umowy

 ……………………………….. ………………………………

 (pieczęć firmowa Beneficjenta pomocy) (miejscowość, data)

**Miejsko – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej**

**w Nowej Sarzynie**

**WNIOSEK**

**o refundację części kosztów poniesionych na wynagrodzenie brutto
i składki na ubezpieczenie społeczne w ramach subsydiowanego zatrudnienia**

 **za miesiąc …………………….**

Zgodnie z zasadami określonymi w Rozporządzeniu Ministra Rozwoju Regionalnego z dnia 15 grudnia 2010 r.
w sprawie udzielania pomocy publicznej w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki (Dz. U. z 2010 r., Nr 239, poz. 1598 z późn. zm) oraz Rozporządzeniu Komisji (WE) Nr 800/2008 z dnia 6 sierpnia 2008 r. uznającym niektóre rodzaje pomocy za zgodne ze wspólnym rynkiem w zastosowaniu art. 87 i 88 Traktatu (Dz. Urz. UE L 214 z 9.08.2008, str. 3).

Wniosek dotyczy umowy numer ……………………………………

zawartej w dniu …………………

- wynagrodzenie brutto refundowane dla pracodawcy w kwocie .…………….……………… PLN

 (poz. 4 + 5 z rozliczenia finansowego wynagrodzenia)

- składki na ubezpieczenie społeczne

 od refundowanego wynagrodzenia w kwocie ……..……………………… PLN

 (poz. 6 z rozliczenia finansowego wynagrodzenia)

**Ogółem do refundacji kwota …………..………………… PLN**

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

Środki finansowe prosimy przekazać na konto nr ……..…………………………………………………………

 (nr rachunku bankowego)

w terminie 15 dni od otrzymania niniejszego wniosku.

…………………………………………… ……..…………………………………….

 (Główny Księgowy, pieczątka i podpis)(Beneficjent pomocy, pieczątka i podpis)

Załączniki:

1. Rozliczenie finansowe wynagrodzeń w ramach subsydiowanego zatrudnienia.
2. Kopia listy płac z pokwitowaniem odbioru wynagrodzenia przez pracownika.
3. Kserokopia listy obecności.
4. Kserokopia deklaracji ZUS DRA i ZUS RCX/RCA.
5. Kserokopia potwierdzenia przelewu składek na ubezpieczenie społeczne, zdrowotne oraz FP i FGŚP.
6. Kserokopia potwierdzenia przelewu na podatek dochodowy PIT-4.
7. Oświadczenie zgodne z wzorem stanowiącym załącznik nr 3 do umowy.
8. W przypadku chorobowego kserokopia zaświadczenia lekarskiego ZUS ZLA.
9. W przypadku urlopu wypoczynkowego lub bezpłatnego kserokopia wniosku urlopowego złożonego przez pracownika wraz ze zgodą pracodawcy.

Załącznik nr 2 do umowy

.............................................................. (Załącznik nr 1 do „Wniosku o refundacje części kosztów..…”)

Pieczątka firmowa Beneficjenta pomocy

**Rozliczenie finansowe wynagrodzeń w ramach subsydiowanego zatrudnienia**

**za okres od …………………… do ………………….**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię zatrudnionego w ramach subsydiowanego zatrudnienia | Wynagrodzenie brutto z listy płacw PLN | Wynagrodzenie refundowane dla pracodawcy w ramach subsydiowanego zatrudnieniaw PLN | Wpłata do ZUS ……..% od rubr. 4w PLN | Razem do refundacji rubr. 4+5+6 w PLN |
| za czas przepraco-wany | za czas choroby |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  |  |  |  |
|  | Ogółem do refundacji słownie złotych: ………………………………………………………………………………………………..………………………………………… |

|  |
| --- |
| Ponadto informuję, że niżej wymienieni pracownicy korzystali ze zwolnienia lekarskiego bądź urlopu bezpłatnego: |
| Lp. | Nazwisko i imię zatrudnionego w ramach subsydiowanego zatrudnienia | Zwolnienie lekarskie od - do | Wynagrodzenie za czas choroby (płatne z funduszu pracodawcy) | Zasiłek chorobowy(płatny z ZUS) | Urlop bezpłatny od-do |
| Ile dni | kwota | Ile dni | kwota |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |  |  |
| **UWAGI:**Zwolniony dnia ………………………………………. przyczyna zwolnienia …………………………………………………………………Przyjęty na czas nieokreślony dnia …………………………………………..  |

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

 (sporządzający rozliczenie (Główny Księgowy; pieczątka i podpis) (Beneficjent pomocy; pieczątka i podpis)

 nazwisko i imię; nr tel.)

Załącznik nr 3 do umowy

 ……………………………..……... ………………………….

Pieczątka firmowa Beneficjenta pomocy (miejscowość, data)

**OŚWIADCZENIE**

 Oświadczam, że miejsce pracy utworzone w ramach projektu pn. „Aktywni pomimo …” realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki Poddziałanie 7.2.1 dla Uczestnika Projektu …..*imię i nazwisko uczestnika*……………/miejsce pracy zajęte przez Uczestnika Projektu pn. „Aktywni pomimo …” realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki Poddziałanie 7.2.1 ……*imię i nazwisko uczestnika*……………….. zwolnione w wyniku dobrowolnego odejścia pracownika, przejścia na emeryturę lub rentę z tytułu niezdolności do pracy, dobrowolnej redukcji czasu pracy z inicjatywy pracownika lub zgodnego
z prawem zwolnienia za naruszenie obowiązków pracowniczych[[1]](#footnote-1), jest utrzymane.

 ………………………………………………….

 Podpis i pieczątka Beneficjenta pomocy

1. niewłaściwe skreślić [↑](#footnote-ref-1)