Załącznik nr 1 do umowy

……………………………… …………………………….

(pieczęć firmowa Pracodawcy) (miejscowość, data)

**Powiat Myszkowski**

**ul. Pułaskiego 6**

**42-300 Myszków**

**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 Infrastruktury i Rozwoju z dnia 2 lipca 2015 r. w sprawie udzielania pomocy *de minimis* oraz pomocy publicznej w ramach programów operacyjnych finansowanych z Europejskiego Funduszu Społecznego na lata 2014-2020 (Dz. U.   
z 2015 r. poz. 1073) oraz w rozporządzeniu Komisji (UE) nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r. uznającym niektóre rodzaje pomocy za zgodne z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 107 i 108 Traktatu (Dz. Urz. UE L 187 z 26 czerwca 2014, str. 1, z późn. zm.).

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

zawartej w dniu ……………………………..

zgodnie z którą:

1. wynagrodzenie brutto ………………………….PLN/ zł

(poz. 4 + 5 z rozliczenia finansowego wynagrodzenia)

1. składki na ubezpieczenie społeczne ………….…………… PLN/zł

(poz. 6 z rozliczenia finansowego wynagrodzenia)

**Ogółem do refundacji kwota (poz.1 x 84,82%) + (poz.2 x 100%) ………………………………..**PLN**/**zł

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

Pozostałe koszty stanowią wkład własny pracodawcy w kwocie: ….……..………….PLN/zł

Środki finansowe należy przekazać na rachunek bankowy nr ………………………………………………

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

(pieczęć i podpis Głównego Księgowego) (pieczęć i podpis osoby reprezentującej Pracodawcę)

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 Fundusz Pracy i Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych;
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.

WYPEŁNIA REALIZATOR PROJEKTU

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

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

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

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

…………………………………

( rozliczył )

………………………………….

( zatwierdził)

Załącznik nr 2 do umowy (załącznik nr 1 do wniosku o refundację części kosztów poniesionych na wynagrodzenie brutto i składki na ubezpieczenie społeczne w ramach subsydiowanego zatrudnienia)

……………………………..

(pieczęć firmowa Pracodawcy)

**Rozliczenie finansowe wynagrodzeń w ramach subsydiowanego zatrudnienia**

**za okres od ………………… do ……………………**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko zatrudnionego w ramach subsydiowanego zatrudnienia | Wynagrodzenie brutto z listy płac | Wynagrodzenie refundowane dla pracodawcy w ramach subsydiowanego zatrudnienia (**poz.3x84,82%)** | | Wpłata do ZUS ………%  (od rubryki 4) | Razem do refundacji (poz. 4+5+6  w PLN) |
| za czas przepracowany | za czas choroby |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | |  |  |  |  |
|  | Ogółem do refundacji słownie złotych:  ……………………………………………………………………………………………………………...... | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Wymienieni pracownicy korzystali ze zwolnienia lekarskiego bądź urlopu bezpłatnego: | | | | | | | |
| Lp. | Imię i nazwisko zatrudnionego w ramach subsydiowanego zatrudnienia | Zwolnienie lekarskie/ urlop bezpłatny od - do | Wynagrodzenie za czas choroby (płatne z funduszu pracodawcy) | | Zasiłek chorobowy (płatny z ZUS) | | Urlop bezpłatny od - do |
| liczba dni | kwota | liczba dni | kwota |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |  |  |
| **UWAGI:**  Zwolniony dnia ……………………………………, przyczyna zwolnienia …………………………………..,  przyjęty na czas nieokreślony dnia ……………………….. | | | | | | | |

Prawdziwość powyższych danych zostaje stwierdzona pieczęcią imienną oraz podpisem przez następujące osoby:

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

(sporządzająca rozliczenie) (Główna/-y Księgowa/-y) (Pracodawcę)

Załącznik nr 3 do umowy

…………………………….. …………………………….

(pieczęć firmowa Pracodawcy) (miejscowość, data)

**OŚWIADCZENIE**

**Oświadczam, że** w ramach projektu pt. ***Aktywni w Powiecie Myszkowskim*** realizowanego – na podstawie umowy nr ***RPSL.07.01.02-24-021H/19-00*** zawartej pomiędzy ***Powiatem Myszkowskim*** a Wojewódzkim Urzędem Pracy w Katowicach:

* **miejsce pracy** utworzone dla Uczestnika projektu ***[imię i nazwisko]*** \*
* **miejsce pracy** zajęte przez Uczestnika projektu ***[imię i nazwisko]***,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 \*

**jest utrzymane**.

…………..………………………………………………….…

(pieczęć i podpis osoby reprezentującej Pracodawcę)

\* Niewłaściwe skreślić