

.....
dane/pieczęć Podmiotu

WNIOSEK O ZWROT KOSZTÓW ZWIĄZANYCH Z ZATRUDNIENIEM SUBSYDIOWANYM

Rozliczenie subsydiowanego zatrudnienia za miesiąc w ramach projektu "Czas na zmiany - aktywizacja zawodowa mieszkańców obszaru rewitalizacji miasta Łodzi", zgodnie z umową nr z dnia

Oświadczam, iż za miesiąc 20.... roku zostały odprowadzone składki do ZUS za niżej wymienione osoby, którym wypłacono wynagrodzenia zgodnie z listami wynagrodzeń.

Oświadczam, iż za miesiąc20.... roku została odprowadzona zaliczka na podatek dochodowy od osób niżej wymienionych, którym wypłacono wynagrodzenia zgodnie z listami wynagrodzeń.

Oświadczam, iż kwoty odprowadzone do ZUS i US, zgodnie z załączonymi potwierdzeniami dokonania przelewu, zawierają należne składki i podatek od wynagrodzenia osób/osoby wymienionych na liście wynagrodzeń.

Oświadczam, że stan zatrudnienia w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy stanowi wzrost netto liczby pracowników w porównaniu ze średnią z ostatnich 12 miesięcy (liczoną na dzień złożenia wniosku o udzielenie pomocy de minimis na subsydiowanie zatrudnienia) i w m-cu20.... r. wynosi

Oświadczam, że koszty wynagrodzenia niżej wymienionych osób nie są finansowane z innych źródeł.

Lp.	Imię i Nazwisko	Wynagrodzenie netto	Wynagrodzenie brutto za przepracowany czas	Wynagrodzenie za czas choroby płacone przez pracodawcę	Razem (4+5)	Liczba dni do refundacji	Zaliczka na podatek dochodowy	Składki na ubezpieczenia społeczne			Wynagrodzenie brutto (4)+ składki na ubezpieczenia społeczne/miesiąc (6+11)	Łącznie do refundacji -	
								pracownika		pracodawcy			
								składka ZUS zdrowotna	składki ZUS społeczne	składki ZUS społeczne (bez FP i FGŚP)			
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	

Numer konta do dokonania refundacji:

.....
data sporządzenia

.....
imię nazwisko i telefon osoby sporządzającej

.....
data, podpis i pieczęć osoby upoważnionej do reprezentowania Podmiotu

Załączniki:

1. listy płac Uczestników/czek projektu,
2. potwierdzenie dokonania wypłaty wynagrodzenia,
3. potwierdzenia dokonania przelewu z tytułu płatności podatku dochodowego oraz z tytułu ubezpieczenia społecznego, zdrowotnego, Funduszu Pracy i Funduszu Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych,
4. listy obecności zatrudnionych Uczestników/czek projektu, ewentualnych zwolnień lekarskich,