**Załącznik nr 7 - Wniosek Pracodawcy dotyczący refundacji kosztów subsydiowanego zatrudnienia (wzór);**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Nazwa, adres, NIP Pracodawcy)*

**WNIOSEK nr ….**

**o refundację kosztów poniesionych na wynagrodzenia brutto i składki na obowiązkowe ubezpieczenie społeczne w ramach subsydiowanego zatrudnienia w projekcie   
„Gotowi na zmiany” za okres: ……………........................**

*Subsydiowanie zatrudnienia jest pomocą de minimis udzielaną z przepisami rozporządzenia MIiR z dnia 02.07.2015r. 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 2015r. poz.1073).*

**Wniosek dotyczy umowy numer: ………………….….......**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **lp.** | **nazwisko oraz imię Uczestnika projektu (Pracownika)** | **Wartość minimalnego wynagrodzenia brutto w roku 2019 r.**  **(podstawa wymiaru)[[1]](#footnote-1)** | **kwota ubezpieczenia emerytalnego:  19,52% podstawy wymiaru** | **kwota ubezpieczenia rentowego:  8% podstawy wymiaru** | **kwota ubezpieczenia chorobowego:  2,45% podstawy wymiaru** | **Kwota ubezpieczenia wypadkowego  (zgodnie z obowiązującą u Beneficjenta pomocy stopą procentową)** | **łączna kwota refundacji kosztów poniesionych na wynagrodzenie** |
|  | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** |
|  |  |  | **(3 = 2 x 19,52%)** | **(4 = 2 x 8%)** | **(5 = 2 x 2,45%)** | **(6 = 2 x np. 0,67%)** | **(7=2+3+4+5+6)** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| ... |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ogółem do refundacji kwota zł:** |  |
| **Środki finansowe prosimy przekazać na konto bankowe nr:** |  |

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(pieczęć i podpis osoby/osób upoważnionej/ych   
do reprezentacji Pracodawcy)*

**Do niniejszego wniosku załącza się:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | kserokopię listy płac z potwierdzeniem odbioru wynagrodzenia przez pracownika/pracowników (kserokopie przelewów), |
|  | kserokopię listy obecności, |
|  | kserokopię deklaracji składek na ubezpieczenie społeczne ZUS DRA i ZUS RCA/ RCX, |
|  | kserokopię potwierdzenia przelewu z tytułu składek do ZUS osoby zatrudnionej na podstawie niniejszej umowy (na kserokopii przelewów oświadczenie Beneficjenta pomocy, że kwota przelewu zawiera opłaty za osobę zatrudnioną w ramach niniejszej Umowy), |
|  | kserokopia potwierdzenia przelewu z tytułu płatności podatków od wynagrodzeń dla osoby zatrudnionej na podstawie niniejszej umowy (na kserokopii przelewu oświadczenie Beneficjenta pomocy, że kwota przelewu zawiera opłaty za osobę zatrudnioną w ramach niniejszej Umowy) |

Ponadto informuję, że niżej wymieniony pracownik będący Uczestnikiem/Uczestniczką Projektu korzystał/a ze zwolnienia bądź urlopu bezpłatnego:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwisko i imię** | **Zwolnienie lekarskie od - do** | **Wynagrodzenie za czas choroby (płatne z funduszu pracodawcy)** | | **Zasiłek chorobowy (płatny z ZUS)** | | **Urlop bezpłatny od - do** |
| **ilość dni**  **od - do** | **kwota**  **w zł** | **ilość dni od - do** | **kwota w zł** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(pieczęć i podpis osoby/osób upoważnionej/ych   
do reprezentacji Pracodawcy)*

**Wypełnia Realizator projektu:**

Wniosek o zwrot kosztów poniesionych na wynagrodzenia brutto i składki na obowiązkowe ubezpieczenie społeczne w ramach subsydiowanego zatrudnienia w projekcie „Gotowi na zmiany” za miesiąc/miesiące..........................................zostaje rekomendowany do wypłaty.

|  |  |
| --- | --- |
| *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |
| *(pieczęć i podpis osoby/osób upoważnionej/ych  do reprezentacji Realizatora projektu)* | *(miejscowość, data)* |

1. Projektodawca ustalił wysokość refundacji przysługującej pracodawcy na podstawie przyjętego przez Radę Ministrów Rozporządzenia z dnia 11 września 2018 r. w sprawie wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę oraz wysokości minimalnej stawki godzinowej w 2019 r. (Dz.U. z 2018 poz 1794).

   Podstawą wyliczenie kwoty refundacji kosztów poniesionych przez Pracodawcę na wynagrodzenie Uczestnika projektu jest kwota minimalnego wynagrodzenie za pracę obowiązująca od 01 stycznia 2019 r., tj. 2 250,00 PLN. [↑](#footnote-ref-1)