***Załącznik nr 5***

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

(miejscowość i data)

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

( pieczęć zakładu pracy)

**Wojewódzka Komenda OHP za pośrednictwem CEiPM**

**w Kielcach**

**Wniosek pracodawcy**

o zwrot poniesionych kosztów na refundację wynagrodzeń wypłaconych młodocianym pracownikom oraz składek na ubezpieczenia społeczne od refundowanych wynagrodzeń za okres zgodnie

z umową z dnia ...........................nr .............................. o refundację wynagrodzeń oraz składek na ubezpieczenia społeczne za młodocianych pracowników odbywających przygotowanie zawodowe w naszym zakładzie pracy.

Ogólna kwota wydatków, poniesionych na wynagrodzenia oraz składki na ubezpieczenia społeczne za młodocianych pracowników w okresie .............................................................................................................

wynosi ................................ ( słownie ) ..............................................................................................................

WYNAGRODZENIE .......................................................................................................................................... SKŁADKI NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE..............................................................................................

OGÓŁEM DO REFUNDACJI.............................................................................................................................

Środki finansowe prosimy przekazać na rachunek bankowy Nr..........................................................................................................................................................

Nazwisko i imię osoby upoważnionej do kontaktu ............................................................................................. Nr telefonu: .............................................e-mail:..................................................................................................

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

podpis głównego księgowego podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej

Załączniki:

* kopie list płac młodocianych pracowników wraz z pokwitowaniem odbioru wynagrodzenia,
* kopia dowodu opłacenia składek na ubezpieczenia społeczne wraz z kopią deklaracji rozliczeniowej,
* **rozliczenie finansowe wypłaconych wynagrodzeń oraz opłaconych składek na ubezpieczenia społeczne za młodocianych pracowników.**

**Rozliczenie finansowe wypłaconych wynagrodzeń oraz opłaconych składek na ubezpieczenia społeczne za młodocianych pracowników**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  | **Kwota** |  | **Wynagro-** |  |
| **LP.** | **Miesiąc** | **Imię i nazwisko****młodocianego** | **Rok nauki** | **Zawód** | **Stawka****miesięczna** | **wypłaconych****wynagrodzeń** | **Składka****ZUS** | **dzenia****chorobowe** | **Kwota do****refundacji** |
|  |  | **pracownika** |  |  | **brutto** | **osobowych** |  | **wypłacone za** | **ogółem** |
|  |  |  |  |  |  | **brutto** |  | **dany miesiąc** |  |
|  |  |  |  |  |  | **w miesiącu** |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Słownie**:.......................................................................................................................

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

imię i nazwisko osoby sporządzającej podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej