**FORMULARZ ROZLICZENIOWY**

**do dofinansowania części kosztów wynagrodzeń pracowników oraz należnych od tych wynagrodzeń składek na ubezpieczenia społeczne w ramach art. 15zzb\* (dot. mikro, małych i średnich przedsiębiorstw) / 15zze\* (dot. organizacji pozarządowych oraz m. in. kościelnych osób prawnych, klubów sportowych)**

Nr wniosku/nr umowy ………………………………………………………………………………………………………………………..

Rozliczenie dotyczy (podać za jaki okres) ……………………………………………………………………………………………

1. **Dane identyfikacyjne**

|  |  |
| --- | --- |
| Powiatowy Urząd Pracydo którego był składany wniosek |  |
| Nazwa przedsiębiorcy/organizacji pozarządowej/imię, nazwisko |  |
| NIP |  |
| REGON |  |

1. **Informacja dot. pracowników objętych umową**

|  |  |
| --- | --- |
| Liczba pracowników objętych umową | w tym utrzymanych w zatrudnieniu |
| razem | w tym osoby poniżej 30 r.ż. | razem | w tym osoby poniżej 30 r.ż. |
|  |  |  |  |

1. **Informacja dot. udzielonego dofinansowania**

|  |  |
| --- | --- |
| Łączna kwota otrzymanego dofinansowania | Środki faktycznie wydatkowane przez pracodawcę |
| razem | w tym dla osób poniżej 30 r.ż. | razem | w tym dla osób poniżej 30 r.ż. |
|  |  |  |  |

1. **Informacja dot. zwrotu części dofinansowania**

|  |  |
| --- | --- |
| Różnica pomiędzy środkami otrzymanymi a wydatkowanymi – zwrot środków do PUP | Dokonane zwroty (przelewy) |
|  |  |

Załączniki fakultatywne: urząd pracy w celu wyjaśnienia wątpliwości może poprosić o kopie dokumentów, np.: kopia deklaracji rozliczeniowej ZUS DRA, kopia imiennego raportu miesięcznego o należnych składkach i wypłaconych świadczeniach ZUS RCA, kopia list płac lub innych dokumentów potwierdzających wypłatę wynagrodzenia pracownikom objętym umową.

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu rozliczeniowym są zgodne z prawdą.

Oświadczam, że otrzymane środki wykorzystałem zgodnie z celem i na warunkach na jakie je uzyskałem.

Oświadczam, że nie otrzymałem dofinansowania na ten sam cel z innych środków publicznych (wyjątek stanowi dofinansowanie do wynagrodzenia pracownika niepełnosprawnego na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych).

Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

………………… ………………………………………..

miejscowość, dnia czytelny podpis przedsiębiorcy/organizacji pozarządowej/pełnomocnika

\*niepotrzebne skreślić