**Formularz wniosku Beneficjenta o zmianę warunków umowy  
(po otrzymaniu pierwszej transzy oraz potrzeby ograniczenia kwoty/kwot następnej/następnych transz albo rezygnacji z kolejnych transz)**

**……………………………………………….. ………………………………………………**

**Nazwa Beneficjenta** Data i miejscowość

………………………………………………

Adres

………………………………………………

Numer Identyfikacji Podatkowej

……………………………………………….

REGON

**Dyrektor**

**Wojewódzkiego Urzędu Pracy**

**ul. Witosa 86**

**25-561 Kielce**

**WNIOSEK BENEFICJENTA**

**o ograniczenie kwoty dofinansowania z kwoty …………zł do kwoty ………………zł,**(ze względu na modyfikację wysokości lub rezygnację z kolejnych transz).

W związku z obowiązującą **umową z dnia ………….nr …………….** (data i numer tożsamy   
z datą i nr złożonego wniosku) *o wypłatę świadczeń na rzecz ochrony miejsc pracy**ze środków Funduszu Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych**na dofinansowanie wynagrodzenia pracowników objętych przestojem ekonomicznym albo obniżonym wymiarem czasu pracy, w następstwie wystąpienia COVID-19* zawartą w dniu ………………………………..(data przekazania I transzy)

**wnioskuję o ograniczenie** przyznanego dofinansowania **z kwoty** ……………… zł **do kwoty** ……………zł (słownie: ……………………………………………………………złotych), w tym z tytułów (wskazanych poniżej):

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Wyszczególnienie | Przestój ekonomiczny | | Obniżony wymiar czasu pracy | |
| *Wynagrodzenie pracowników* | *Składki na ubezpieczenie społ. od pracodawców* | *Wynagrodzenie pracowników* | *Składki na ubezpieczenie społ. od pracodawców* |
| 1.1 | **I Transza** |  |  |  |  |
| dla ilu  pracowników |  |  |  |  |
| 1.2 | **II Transza** |  |  |  |  |
| dla ilu  pracowników |  |  |  |  |
| 1.3 | III Transza |  |  |  |  |
| dla ilu  pracowników |  |  |  |  |
| **Razem** | | **-** | **-** | **-** | **-** |

Krótkie uzasadnienie wniosku:

Beneficjent :