………………………………………………

Miejscowość, dnia

………………………………………

Pieczęć Pracodawcy

**Wniosek**

**o refundację części kosztów z tytułu zatrudnienia skierowanych osób bezrobotnych do prac interwencyjnych na podstawie zawartej umowy nr ……………… z dnia …………… za miesiąc……………….. rok ……………….**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię bezrobotnego | Liczba przepracowa- nych dni do refundacji (kalendarzo we) | Liczba dni nieprzepraco-wanych z powodu choroby (kalendarzo we) | Razem wypłacone wynagro-dzenie w tym chorobowe (brutto) | Wynagro dzenie do zrefundowa nia ( za czas przepracowa ny) | Wynagrodzenie do zrefundowania (za czas choroby) | Składka ZUS do zrefundowania | Łączna kwota do zrefundowania (6+7+8) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** |  |  |  |  |  |  |  |

Łączna kwota do zrefundowania : ………………………… PLN,

Słownie PLN…………………………………………………………………………………….

Do wniosku należy dołączyć potwierdzone kserokopie:

1. Uwierzytelnione kopie listy płac zatrudnionych bezrobotnych wraz z pokwitowaniem odbioru wynagrodzenia
2. Listy obecności zatrudnionych bezrobotnych
3. Deklaracje ZUS DRA
4. Kserokopie przelewu składki ZUS
5. Kserokopie zwolnienia lekarskiego Druk ZUS ZLA lub e-ZLA
6. Świadectwa pracy zwolnionych pracowników.

**Przyznane środki z Funduszu Pracy proszę przekazać na konto:**

**…………………………………………………………………………………………………**

………………………… …………………………. …………………….

 /Sporządził/ /Główny Księgowy/ /Kierownik Zakładu/

 **DECYZJA PUP O REFUNDACJI**

Sprawdził pod względem Sprawdził pod względem Zatwierdzono do refundacji zł………………...

Formalnym i merytorycznym rachunkowym słownie ………………………………………..

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

/data i podpis / /data i podpis / /data i podpis /