

pieczęć zakładu pracy

Nazwa i numer rachunku bankowego

.....

□□	□□□□	□□□□	□□□□	□□□□	□□□□	□□□□
----	------	------	------	------	------	------

**WNIOSEK**

**o refundację części wynagrodzenia i składek ZUS osób zatrudnionych w ramach prac interwencyjnych**

refundacja co miesiąc

refundacja za co drugi miesiąc

za miesiąc..... wg umowy nr..... z dnia.....

Wypełnia zakład pracy										Wypełnia PUP				
Lp.	Nazwisko i imię - stanowisko	Umowa o pracę od...do....	Wynagrodzenie brutto	Nieobecność w pracy						Stawka refundacji	wynagrodzenie	ZUS .....%	OGÓŁEM	
				Z tytułu choroby				Inne przyczyny						
				Wynagrodzenie za czas choroby		Liczba dni	Zasiłek chorobowy	Liczba dni	Rodzaj					Liczba dni
				80%	100%									
1														
2														
3														

słownie.....

**ZAŁĄCZNIKI: (kserokopie potwierdzone za zgodność z oryginałem )**

- wyciąg z listy wypłat zatrudnionych pracowników za miesiąc, którego dotyczy refundacja oraz za miesiąc poprzedni, w przypadku refundacji za co drugi miesiąc oraz potwierdzenie przelewu pracownikom wynagrodzenia,
- listy obecności - za miesiąc, którego dotyczy refundacja oraz za miesiąc poprzedni, w przypadku refundacji za co drugi miesiąc,
- deklaracji DRA - za miesiąc, którego dotyczy refundacja oraz za miesiąc poprzedni w przypadku refundacji za co drugi miesiąc,
- opłat ZUS od wynagrodzeń - za miesiąc, którego dotyczy refundacja oraz za miesiąc poprzedni w przypadku refundacji za co drugi miesiąc,
- świadectwa pracy zwolnionych pracowników,
- inne dokumenty.

..... dnia.....

.....  
(sporządził)

.....  
( telefon)

.....  
Główny księgowy

.....  
Podpis i pieczęć pracodawcy