

.....
(miejscowość i data)

.....
(pieczęć firmowa wnioskodawcy)



W N I O S E K
o miesięczny zwrot części kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody i składki na ubezpieczenie społeczne
za skierowane osoby bezrobotne zatrudnione w ramach dofinansowania wynagrodzenia
stosownie do postanowień art. 141 ustawy z dnia 20 marca 2025 roku o rynku pracy i służbach zatrudnienia

za okres od do

oraz zgodnie z umową nr zawartą w dniu zwracam się o refundację:

WYPEŁNIA PRACODAWCA							OGÓŁEM:	WYPEŁNIA PUP		OGÓŁEM:
Lp.	Nazwisko i imię	Ilość dni chorobowych płaconych przez:		Ilość dni niepłaconych	Wnioskowana kwota do refundacji			Przyznana kwota do refundacji		
		zakład pracy	ZUS		za czas pracy	za czas choroby		za czas pracy	za czas choroby	
1.										
2.										
3.										
4.										
RAZEM:								RAZEM:		

Środki finansowe prosimy przekazać:

(nazwa banku)

- Załączniki:**
- 1.Kserokopia **listy płac potwierdzona za zgodność z oryginałem** z pokwitowaniem odbioru wynagrodzenia na liście płac lub potwierdzeniem dokonania przelewu na ROR.
 - 2.Kserokopia **listy obecności potwierdzona za zgodność z oryginałem.**
 - 3.Kserokopia deklaracji **ZUS RCA.**
 - 4.Kserokopia deklaracji **ZUS RSA.**
 - 5.Kserokopie **zwolnień lekarskich potwierdzone za zgodność z oryginałem.**

.....
(opr. nazwisko i imię, nr tel.)

.....
(Gł. Księgowy pieczętka i podpis)

.....
(Pracodawca pieczętka i podpis)

