

.....
(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 prac interwencyjnych
stosownie do postanowień art. 136 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	ZUS%		za czas pracy	za czas choroby	ZUS%	
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 DRA**, za miesiąc w którym nastąpiła wypłata **wraz z potwierdzeniem opłacenia składek na ZUS**, zgodne z okazanym ZUS DRA.
- 4.Kserokopia deklaracji **ZUS RCA.**
- 5.Kserokopia deklaracji **ZUS RSA.**
- 6.Kserokopie **zwolnień lekarskich potwierdzone za zgodność z oryginałem.**

.....
(opr. nazwisko i imię, nr tel.)

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

.....
(Pracodawca pieczętka i podpis)

