

.....
(miejscowość i data)

(pieczęć firmowa wnioskodawcy)



WNIOSEK

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. 135 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 płaćnych przez:		Ilość dni niepłaćnych	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)

