..................................................... …… ……………………………………….. (miejscowość, data) (pieczęć Pracodawcy/Organizatora )

......................................................

(nr konta bankowego)

Powiatowy Urząd Pracy

w Policach

ul. Tadeusza Kościuszki 5

**WNIOSEK O REFUNDACJĘ**

zgodnie z zawartą umową nr………………………………………….. z dnia………………………………..., dotyczącą refundacji części kosztów wynagrodzeń i składek na ubezpieczenie społeczne za osoby zatrudnione w ramach prac interwencyjnych / robót publicznych[[1]](#footnote-1) składam wniosek za okres od…………………………do……………………………….

Refundacja ogółem: …………………………………………………………………….…

słownie: ..……………………………………………………………………..

w tym: razem składki ZUS…………% …………………………………………………………………….…

wynagrodzenie chorobowe ...………………………………………………………………..……

wynagrodzenie pracownika ……………………………………………………………….………

Składka wypadkowa: ………………..%

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko pracownika | Data zatrudnienia | Wynagrodzenie brutto zgodnie z listą płac (w zł) | Refundacja wynagrodzenia (w zł) | | Kwota refundacji składek na ubezpieczenia społeczne należne od pracodawcy od pozycji 5 | Ilość dni niepłatnych (urlop bezpłatny, nieobecność usprawiedliwiona, nieobecność usprawiedliwiona, zasiłek opiekuńczy/opieka nad chorym dzieckiem itp.) | Ogółem kwota refundacji  ( w zł)  kol.5+6+7 |
| Kwota wynagrodzenia za pracę | Kwota wynagrodzenia za czas choroby (do 33 dni) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Ogółem** | | |  |  |  |  |  |  |

Oświadczam, że nie zalegam z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz opłacaniem składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy oraz Fundusz

Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz innych danin publicznych. Wiarygodność informacji podanych we wniosku potwierdzam własnoręcznym podpisem. Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego jednocześnie oświadczam pod rygorem wypowiedzenia umowy, że informacje zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

…………………………………………………………………… ……………… …….. , dnia......................... , ….…..…….................................................................

( imię i nazwisko oraz nr tel. osoby sporządzającej wniosek) (miejscowość) (podpis i pieczątka Pracodawcy/Organizatora )

1. Niewłaściwe skreślić [↑](#footnote-ref-1)