

Powiatowy Urząd Pracy w Policach
ul. Tadeusza Kościuszki 5, 72-010 Police
centrala 91 424 08 60
fax 91 317 66 81
e-mail: szpo@praca.gov.pl

Krajowy Fundusz
Szkoleniowy



www.police.praca.gov.pl

.....
(miejsowość, 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* składam wniosek za okres od.....do.....

Refundacja ogółem:

słownie:

w tym: razem składki ZUS.....%

wynagrodzenie chorobowe

wynagrodzenie pracownika

Składka wypadkowa:%

* Niewłaściwe skreślić

Powiatowy Urząd Pracy w Policach
 ul. Tadeusza Kościuszki 5, 72-010 Police
 centrala 91 424 08 60
 fax 91 317 66 81
 e-mail: szpo@praca.gov.pl

Krajowy Fundusz
 Szkoleniowy



www.police.praca.gov.pl

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.

.....
 (imię i nazwisko oraz nr tel. osoby sporządzającej wniosek)

....., dnia.....,
 (miejscowość)

.....
 (podpis i pieczęć Pracodawcy/Organizatora)