

pieczęć zakładu pracy

Nazwa i numer rachunku bankowego

.....

□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□

**WNIOSEK**

**o refundację części wynagrodzenia osób zatrudnionych w ramach prac interwencyjnych**

refundacja co miesiąc

refundacja za co drugi miesiąc

za miesiąc..... wg umowy nr..... z dnia.....

Wypełnia zakład pracy										Wypełnia PUP			
Lp.	Nazwisko i imię - stanowisko	Umowa o pracę od...do....	Wynagrodzenie brutto	Nieobecność w pracy						Stawka refundacji	wynagrodzenie	ZUS .....%	OGÓŁEM
				Z tytułu choroby				Inne przyczyny					
				Wynagrodzenie za czas choroby		Liczba dni	Zasilek chorobowy	Liczba dni	Rodzaj				
80%	100%												
1													
2													
3													
słownie.....													



**ZAŁĄCZNIKI: (kserokopie potwierdzone za zgodność z oryginałem )**

- Wyciąg z listy wypłat zatrudnionych pracowników za miesiąc, którego dotyczy refundacja oraz za miesiąc poprzedni, w przypadku refundacji za co drugi miesiąc oraz potwierdzenie przelewu pracownikom wynagrodzenia,
- listy obecności - za miesiąc, którego dotyczy refundacja oraz za miesiąc poprzedni w przypadku refundacji za co drugi miesiąc,
- deklaracji DRA - za miesiąc, którego dotyczy refundacja oraz za miesiąc poprzedni w przypadku refundacji za co drugi miesiąc,
- opłat ZUS od wynagrodzeń - za miesiąc, którego dotyczy refundacja oraz za miesiąc poprzedni w przypadku refundacji za co drugi miesiąc,
- świadectwa pracy zwolnionych pracowników,
- inne dokumenty.

..... dnia.....  
(sporządził) ( telefon) .....  
Główny księgowy Podpis i pieczęć pracodawcy