



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					Liczba dni
				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

