

.....
Miejscowość i data

Powiatowy Urząd Pracy w Starogardzie Gdańskim

.....
Pieczęć zakładu / firmy

WNIOSEK

o częściowy zwrot kosztów poniesionych w związku z zatrudnieniem osób bezrobotnych

w ramach prac interwencyjnych na podstawie umowy Nr CAZ-PI.6100.....z dnia roku
za miesiąc

Lp.	Nazwisko i imię, data zatrudnienia	Wyłacone wynagrodzenie brutto			Wyłacony zasiłek chorobowy brutto		Ilość dni urlopu bezpłatnego i inne	Kwota refundacji (zgodnie z umową)	Uwagi
		za okres przepracowany	za okres choroby		kwota	dni			
		kwota	dni	kwota	dni				
RAZEM:									

Składka na ubezpieczenie społeczne od części wynagrodzenia za czas przepracowany (16,26% + ubezpieczenie wyp. w %):

Łącznie do refundacji:

Słownie:

Należność z tytułu refundacji prosimy przekazać na nasz rachunek w banku

.....
.....

Numer

.....

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że w opłaconych składkach na ZUS za miesiąc
ujęto składki za osobę/y wymienioną/e we wniosku.

Imię i nazwisko oraz numer telefonu osoby sporządzającej wniosek:

.....

Podpis i pieczęć Gł. Księgowego

Podpis i pieczęć pracodawcy lub pełnomocnika

Załączniki :

- Kserokopia listy płac z podpisami pracowników lub oświadczeniem pracodawcy o przekazaniu wynagrodzenia na konto osobiste;
- Kserokopie zwolnień lekarskich w przypadku zwolnień lekarskich 100% płatnych
- Kserokopia wniosków o urlop bezpłatny;
- Kserokopia deklaracji rozliczeniowej ZUS DRA; ZUS RCA/RSA
- Kserokopia przelewów lub dowodów wpłaty składek na ubezpieczenia: społeczne, zdrowotne, FP i FGŚP.

W/w dokumenty należy dostarczyć w czytelnych kserokopiach potwierdzonych przez pracodawcę za zgodność z oryginałem.