...................................... ...……………… dnia ……………………………….

*(pieczęć zakładu*

**Powiatowy Urząd Pracy**

**ul. Kościuszki 118, 14-500 Braniewo**

**WNIOSEK**

**o refundację prac interwencyjnych na podstawie umowy Nr..............................z dnia .....................**

**za miesiąc ......................................................**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię | Wysokość wynagrodzenia  do refundacji  zgodnie  z umową  (bez wynagrodzenia chorobowego) | Refundacja składek na ubezpieczenia społeczne (emerytalne, rentowe,  wypadkowe) należne od pracodawcy  (od poz. 3) | Refundacja wynagrodzenia  za czas choroby, finansowane ze środków pracodawcy | | Ogółem refundacja  (poz.3+poz.4  +poz.6) |
| Liczba dni | Kwota |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Razem do refundacji: | |  |  |  | |  |

**Załączniki:**

**Wszystkie kserokopie wymaganych załączników muszą być poświadczone za zgodność z oryginałem !**

1. Kopia listy płac wraz z potwierdzeniem wypłaty wynagrodzenia (przelew lub potwierdzenie pracownika   
   o przyjęciu wynagrodzenia w gotówce).
2. Kopia ZUS **DRA**, ZUS **RCA** za m-c,
3. Kopia przelewów składek ZUS,
4. Kopia ZUS **RSA** za m-c. - jeżeli dotyczy.

Środki finansowe prosimy przekazać na konto pracodawcy …………………………………................................................

Oświadczam, że informacje zawarte we wniosku i załączonych do niego dokumentach są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

|  |  |
| --- | --- |
| *..............................................*  *Nazwisko i Imię osoby sporządzającej*  *nr telefonu* | *..............................................*  *Podpis i pieczęć imienna pracodawcy* |