………………………………..

 **/ miejscowość, data /**

.......................................................

**/ pieczęć zakładu pracy /**

**W N I O S E K**

**o refundację kosztów z tytułu zatrudnienia skierowanych osób bezrobotnych
do prac interwencyjnych**

**za miesiąc ……………… umowa nr ………………….. z dnia ………………………**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwisko i imię bezrobotnego** | **Liczba** **dni do refundacji** | **Liczba dni zwolnienia lekarskiego** | **Razem wypłacone wynagro-dzenie brutto**  | **Wynagrodzenie za okres choroby do refundacji****(z rubr. 5)** | **Wynagrodzenie za okres przepracowany do refundacji(z rubr. 3)** | **Składka ZUS do refundacji****(z rubr. 8)** | **Łączna kwota do refundacji(7+8+9)** |
| **płatne przez** **ZUS** | **płatne przez zakład pracy** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

* Łączna kwota do zrefundowania: **……………….** PLN,
* słownie PLN: …………………………………………………………………………………………………..

Do wniosku należy dołączyć potwierdzone za zgodność z oryginałem kserokopie:

1. list obecności pracowników zatrudnionych w ramach niniejszej umowy;
2. list płac pracowników zatrudnionych w ramach niniejszej umowy z potwierdzeniem odbioru wynagrodzenia;
3. zwolnień lekarskich;
4. deklaracji ZUS (DRA, RCA);
5. przelewów składek na ubezpieczenie społeczne, zdrowotne oraz Fundusz Pracy naliczonych od pracowników zatrudnionych w ramach niniejszej umowy;
6. świadectw pracy zwolnionych pracowników.

Przyznane środki proszę przekazać na konto: **………………………………………………………..........
……………………………………………………………………………………………………………………...**

............................................ .................................................... ........................................................

 **/ Sporządził / / Główny księgowy / / Kierownik zakładu /**