

.....
(pieczęć firmowa pracodawcy)

.....
(miejsowość, data)

.....
(Nazwa Banku)

.....
(numer konta bankowego)

**POWIATOWY URZĄD PRACY
w S A N O K U**

**WNIOSEK
O ZWROT PONIESIONYCH KOSZTÓW W ZWIĄZKU Z ZATRUDNIANIEM BEZROBOTNYCH W RAMACH
PRAC INTERWENCYJNYCH NA PODSTAWIE ZAWARTEJ UMOWY**

NR UMOWY

ZA MIESIĄC, ROK.....

l.p.	Nazwisko i imię bezrobotnego	Liczba dni podleg. refundacji	Liczba dni opieki i urlopu bezpłat.	Wysokość wynagrodzenia do refundacji wg umowy				Kwota** ogółem do refundacji
				Wysokość wynagrodz. brutto podlegająca refundacji bez chorob.	Kwota składki ZUS%	Liczba dni chor./ %	Wynagrodzenie za czas choroby	
RAZEM								

*oświadczam, że składki ZUS od refundowanego wynagrodzenia zatrudnionych pracowników odprowadzone zostały w miesiącu..... 2025 r.

.....
(pieczęć i podpis osoby upoważnionej)

Załączniki:

1. Kserokopia list płac z potwierdzeniem odbioru lub przelewu wynagrodzenia, w tym wynagrodzenia za czas choroby
2. Kserokopia list obecności
3. W przypadku choroby lub opieki kserokopia zaświadczenia lekarskiego ZLA i deklaracja ZUS RSA
4. Deklaracja ZUS DRA,
5. Kserokopia dowodu potwierdzającego opłacenie składek na ubezpieczenie społeczne, zdrowotne i F.P. **z zawartym stwierdzeniem, że w opłaconej składce mieści się składka na ubezpieczenie społeczne, zdrowotne i F.P. za pracowników zatrudnionych zgodnie z zawartą umową - podpisem i imienną pieczęcią kierownika lub właściciela zakładu.**

Kopie (kserokopie) powyższych dokumentów muszą zawierać potwierdzenie zgodności z oryginałem