

**ADNOTACJE URZĘDU (uzupełnia urząd):**



Data wpływu \_\_\_\_\_ ZNAK \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Pieczętka i podpis osoby przyjmującej wniosek

**DANE WNIOSKODAWCY (uzupełnia wnioskodawca):**

\_\_\_\_\_  
Miejscowość

\_\_\_\_\_  
Data

Nazwa wnioskodawcy

Adres siedziby – (ulica, nr domu, nr mieszkania)

Miejscowość

Kod pocztowy

**WNIOSK**

o refundację części wynagrodzeń osoby(ób) zatrudnionej(ych) w ramach ZATRUDNIENIA WSPieranego

za miesiąc \_\_\_\_\_

Dotyczy umowy Nr UmZW / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ z dnia \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ r.

**Uzupełnia zakład pracy**

Lp	Nazwisko i imię	Umowa o pracę		Stanowisko pracy – wymiar etatu	Wg list wypłat - BRUTTO				RAZEM BRUTTO kol.6+7+8+9	Nieobecność w pracy [ilość dni] <sup>1</sup>		Przyczyna	Wynagrodze nie za czas choroby	Zasiłek chorobowy	Ogółem BRUTTO kol.10+14 lub 15
		Zgodnie z zawartą umową z PUP [od-do]	Data wcześniej- szego rozwiązania stosunku pracy		Płaca zasadnicza	Premia	Inne wypłaty			Od 01.01.2020r.	W ostatnim miesiącu [od-do]				
							Kwota (tytuł)	Kwota (tytuł)							
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1															
2															
3															
RAZEM:												RAZEM:			

17. Składki na ubezpieczenia społeczne (emerytalna, rentowa, wypadkowa po stronie pracodawcy) = \_\_\_\_\_ % = \_\_\_\_\_ zł

OGÓŁEM (pkt 17+kol.16) \_\_\_\_\_ zł słownie: \_\_\_\_\_

**DO REFUNDACJI (uzupełnia urząd):**

Wynagrodzenie, składki ZUS	Do 25 roku życia	Pozostali	Pow. 50 roku życia	RAZEM
§ 4010				
§ 4010				
§ 4110				
<b>RAZEM</b>				

<sup>1</sup> Tylko przy wynagrodzeniu za czas choroby lub zasiłku chorobowym podać: w kol. 11 - ilość dni nieobecności od 01.01.2020r. i w kol. 12 - ilość dni nieobecności od - do w danym miesiącu. W pozostałych przypadkach nieobecności podać przyczynę, wypełnić tylko kol. 12

18. Nazwa banku

19. Nr rachunku bankowego

 -  -  -  -  -  - 

Do wniosku o refundację zakład pracy załącza potwierdzone za zgodność z oryginałem kopie dokumentów:

- a) listy płac wynagrodzeń pracownika/ów, data wypłaty wynagrodzenia (**proszę wpisać datę**) .....,
- b) potwierdzenie odbioru wynagrodzenia (np. potwierdzenie dokonania przelewu wynagrodzenia na konto pracownika),
- c) przelewu bankowego (potwierdzenia zapłaty) składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, FP i FGŚP na indywidualne konto ZUS pracodawcy, data zapłaty składek ZUS (**proszę wpisać datę**) .....,
- d) zaświadczenie o czasowej niezdolności do pracy,
- e) w przypadku zmiany stawki wynagrodzenia i innych warunków zatrudnienia - właściwy dokument.

**UWAGA: Każdy dokument mający wpływ na realizację niniejszej umowy należy dostarczyć w terminie 7 dni od zaistnienia wyżej wymienionych okoliczności.**

**Oświadczam, że w opłaconej składce mieści się składka na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, FP i FGŚP za pracownika zatrudnionego w ramach refundacji.**

-----  
(PIECZĄTKA IMIENNA WRAZ Z CZYTELNYM PODPISEM  
GŁÓWNEGO KSIĘGOWEGO/BIURA RACHUNKOWEGO  
LUB WNIOSKODAWCY)

NUMER TELEFONU GŁÓWNEGO  
KSIĘGOWEGO/BIURA RACHUNKOWEGO  
LUB WNIOSKODAWCY

-----  
(PIECZĄTKA FIRMOWA WNIOSKODAWCY)

-----  
(PIECZĄTKA IMIENNA WRAZ Z PODPISEM  
WNIOSKODAWCY LUB CZYTELNY PODPIS OSOBY  
UPOWAŻNIONEJ DO REPREZENTOWANIA  
WNIOSKODAWCY)