

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

WNIOSEK

o refundację części wynagrodzeń osoby(ób) zatrudnionej(ych) w ramach PRAC INTERWENCYJNYCH

za miesiąc _____

Dotyczy umowy Nr UmPI / _____ / _____ 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] ¹		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:															

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				
RAZEM				

¹ 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)