



.....
/miejscowość, data/

.....
/pieczętka Pracodawcy/

**Powiatowy Urząd Pracy
w Chrzanowie**

WNIOSEK

o zwrot części kosztów poniesionych na wynagrodzenia i składki na ubezpieczenie społeczne za skierowane osoby bezrobotne zatrudnione w ramach prac interwencyjnych za miesiąc zgodnie z umową Nr/2024/FP

Lp.	Nazwisko i imię	Płaca brutto do refundacji /bez zasiłku chorobowego/	Składka ZUS	Zasiłek chorobowy wliczany do płac	Ogółem do refundacji	Wymiar czasu pracy

ZAŁĄCZNIKI:

1. Kopia listy płac pracownika objętego refundacją wraz z potwierdzeniem odbioru wynagrodzenia (podpis pracownika na liście płac lub potwierdzenie przelewu wynagrodzenia).
2. Kopia listy obecności tradycyjnej lub elektronicznej pracownika objętego refundacją.
3. Deklaracja ZUS DRA wraz z potwierdzeniem opłaty składek do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.
4. Deklaracja imienna ZUS RCA pracownika objętego refundacją.
5. Deklaracja ZUS RSA pracownika objętego refundacją (w przypadku wypłaconych świadczeń i przerw w opłacaniu składek).
6. Kopia zwolnień lekarskich pracownika objętego refundacją (w przypadku absencji chorobowej).

KOPIE ZAŁĄCZNIKÓW POWINNY BYĆ POTWIERDZONE ZA ZGODNOŚĆ Z ORYGINAŁEM PRZEZ UPOWAŻNIONEGO PRACOWNIKA.

Ponadto informuję, że niżej wymienieni pracownicy korzystali ze zwolnienia lekarskiego/urlopu bezpłatnego:

Lp.	Nazwisko i imię	Zwolnienie lekarskie /od – do/	Wynagrodzenie za czas choroby /płatne z funduszy pracodawcy/	Zasiłek chorobowy /płatny z ZUS/		Urlop bezpłatny /od – do/
				ilość dni /od – do/	kwota /w zł/	

UWAGI:

Pracownik zwolniony dnia
/nazwisko i imię/

Przyczyna zwolnienia:

.....
/nazwisko i imię sporządzającego, nr tel./

.....
/pieczętka i podpis Pracodawcy/