

....., dnia

.....
(pieczęć Pracodawcy)

Powiatowy Urząd Pracy
w Nowej Soli

Na podstawie umowy zawartej w dniu r. nr w sprawie organizowania prac interwencyjnych - prosimy o refundację części wydatków poniesionych przez nas na:

Weryfikacja PUP

- | | | |
|---------------------------------------|-------|-------|
| 1. Wynagrodzenie dla - ... osoby/ób | | |
| w wysokości: | | |
| 2. Składki na ubezpieczenia społeczne | | |
| od ww. kwoty w wysokości (..... %): | | |
| 3. Wynagrodzenia za czas choroby | | |
| 4. OGÓŁEM DO REFUNDACJI: | _____ | _____ |

słownie złotych:

.....
zgodnie z załącznikiem do wniosku.

Jednocześnie oświadczamy, że warunki zawartej umowy są przez nas przestrzegane.

.....
(pieczęć i podpis Pracodawcy)**Załączniki za miesiąc:**

1. Rozliczenie finansowe.
2. Lista obecności.
3. Uwierzytelniona kserokopia listy płac wraz z potwierdzeniem odbioru wynagrodzenia.
4. Uwierzytelniona kserokopia zwolnienia lekarskiego.
5. Deklaracje ZUS DRA, RCA, RSA (w przypadku zwolnień lekarskich, urlopów bezpłatnych, nieobecności usprawiedliwionej lub nieusprawiedliwionej).
6. Dowód opłaty składek ZUS.

Deklaracje drukowane w trybie archiwalnym i roboczym nie będą przyjmowane.**Kserokopie ww. dokumentów należy potwierdzić za zgodność z oryginałem.****W przypadku kserokopii dwustronnej należy potwierdzić za zgodność, każdą ze stron.**

.....
(pieczęć Pracodawcy)

Rozliczenie finansowe

za okres:

Lp.	Nazwisko i imię zatrudnionego zgodnie z umową o pracę	Wynagrodzenie refundowane dla pracodawcy z Funduszu Pracy w zł	Wynagrodzenie za okres niezdolności /chorobowe/	ZUS od rubr. 3 w zł	Razem do refundacji z FP w zł rubr. 3+4+5	Weryfikacja PUP- wypełnia PUP			
						Wynagrodzenie refundowane	Wynagrodzenie za okres niezdolności	ZUS od wynagrodzenia	Razem
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Razem									

Lp.	Nazwisko i imię	Zwolnienie lekarskie od - do	ilość dni za czas choroby (płatne z funduszu pracodawcy)		Zasiłek chorobowy (płatny z ZUS)		Urlop bezpłatny od - do
			w wys. 80%	w wys. 100%	ilość dni od - do	kwota w zł	
1	2	3	4	5	6	7	8

.....
(sporz., imię, nazwisko, nr. tel.)

.....
(pieczęć i podpis Pracodawcy)