**Załącznik nr 1**

|  |
| --- |
| ................................................... Szczecin, dn........................... (nazwa i adres Pracodawcy)................................................................ **Powiatowy Urząd Pracy** (nr rachunku i nazwa banku) **ul. Mickiewicza 39****70-383 Szczecin****WNIOSEK**o refundację z Funduszu Pracy kosztów wynagrodzeń zatrudnionych.........................................osób w ramach prac interwencyjnych za okres:od................................. do ..............................1. wynagrodzenie do refundacji za czas pracy ........................................................ zł2. wynagrodzenie do refundacji za czas choroby ........................................................ zł3. składka ZUS na ubezp. społeczne liczona w wys. ..............% od kwoty wynagrodzenia ...................................................... zł Razem do refundacji: ...................................................... złSłownie: ......................................................................................................................................Kwota przedstawiona do refundacji na podstawie zawartej umowy nr .......................................z dnia .......................................o prace interwencyjne na okres:od ...................................do .......................................**ZAŁĄCZNIKI:** 1. Kopia listy obecności (potwierdzona za zgodność z oryginałem);
2. Kopia listy płac (potwierdzona za zgodność z oryginałem);
3. Przelew bankowy wypłaty wynagrodzenia;
4. Przelew bankowy opłacenia składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne;
5. Deklaracja ZUS DRA;
6. Wydruk zwolnień lekarskich.

Sporządził:................................................. ................................................ (imię i nazwisko) ((podpis i pieczątka Pracodawcy))................................................(nr telefonu) |
|  |

Wykaz osób bezrobotnych zatrudnionych

w ramach prac interwencyjnych

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | Nazwisko i Imię | Data zatrudnienia | Ilość dni chorobowych płatnych przez: | Ilość dni niepłatnych(urlop bezpłatny., nieobecności nieusprawie-dliwione, usprawiedliw-wione | Kwota refundacji: |
| Zakład | ZUS  | 1 | Wynagrodzenie za czas pracy | ZUS% ……….. | Razem |
| 2 | Wynagrodzenie chorobowe |
| 1. |  |  |  |  |  | 1 |  |   |   |
| 2 |  |
| 2. |  |  |  |  |  | 1 |  |   |   |
| 2 |  |
| 3. |  |  |  |  |  | 1 |  |   |   |
| 2 |  |
| 4. |  |  |  |  |  | 1 |  |   |   |
| 2 |  |
| 5. |  |  |  |  |  | 1 |  |   |   |
| 2 |  |
| **Razem** |  |  |  | 1+2 |  |   |   |