…..…………………………., dnia ………………….

……………………………… ………………………………………………….…….

(nazwa i adres zakładu pracy) (nr rachunku bankowego i nazwa banku)

**WNIOSEK**

o refundację z Funduszu Pracy wynagrodzeń pracowników

interwencyjnych na podstawie umowy z dnia ……………………………….. nr …………………../…………………… za miesiąc ……………………

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwisko i imię | brutto w zakładzie pracy | ilość dni | kwota wynagrodzenia do refundacji | ilość dni za które dokonano potrąceń\* | ilość dni choroby | wynagrodzenie za czas choroby | ZUS  %  z poz. 5 | ogółem  poz. 5+8 +9 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | OGÓŁEM: |  |  |  |  |  |  |  |  |

* Potrącenia z tytułu nieobecności nieusprawiedliwionej i usprawiedliwionej niepłatnej z funduszu płac zakładu (urlop bezpłatny, NN, opieka)

**Załączniki:**

1. Poświadczone kopie list płac z potwierdzeniem odbioru wynagrodzenia.
2. Dowód wpłaty składki ZUS
3. Kserokopia deklaracji rozliczeniowej ZUS (DRA + RCA/RSA).
4. Kserokopia zwolnień lekarskich.
5. Dokument stwierdzający nieobecność płatną i niepłatną (wnioski urlopowe).

………………………………………… ………………………………. ………………………………

(nazwisko i imię, nr tel. (Główny Księgowy) (Kierownik Zakładu Pracy)

sporządzającego i dokonującego obliczeń)