Załącznik Nr 2

Kołobrzeg, dnia ……..…….

……
(pieczątka Pracodawcy)

……
(nazwa banku i nr rachunku)

Powiatowy Urząd Pracy
w Kołobrzegu

WNIOSEK

o zwrot kosztów poniesionych w związku z zatrudnieniem bezrobotnych w ramach **prac interwencyjnych** za miesiąc ……..
w ramach umowy nr ……..
Refundację rozliczamy z 30-tu dni w każdym miesiącu**.**

Imię i nazwisko bezrobotnego	Data przyjęcia do pracy	Wys. wynagr. podlegaj. reund.. (bez wynagr. chorobowego)	Składka ZUS	Wynagr. chorobowe	Zwolnienie lekarskie	Zwolnienie lekarskie	Ogółem do refundacji	**WYPEŁNIA PUP**			
								Do refundacji			
					Liczba dni w m-cu	Liczba dni w roku		**Wynagro dzenie**	**Składka ZUS**	**Wynagr. chorob.**	**Razem**

……
podpis Pracodawcy

……
podpis pracownika PUP

<u>UWAGA: dokumenty rozliczeniowe powinny dot. wyłącznie osoby zatrudnionej w ramach prac interwencyjnych</u>

Załączniki:

1. Kopia deklaracji ZUS/ deklaracja DRA, RCA, lub innej imiennej deklaracji, a w przypadku wypłaty wynagrodzenia za czas choroby lub zasiłki chorobowego należy dołączyć deklarację RSA/
2. Kopia dokumentów potwierdzających dokonanie przelewów z tytułu składek na ubezpieczenia społeczne
3. Kopia listy płac wraz z potwierdzeniem wypłaty
4. Kopia listy obecności
5. Kopia zwolnień lekarskich lub innych dokumentów dotyczących nieobecności w pracy pracownika

Kserokopie dokumentów należy przedłożyć z pieczątką i podpisem pracodawcy lub osoby upoważnionej.