

**Załącznik nr 1 do umowy o zorganizowanie prac interwencyjnych – Wniosek o zwrot części kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody i składki na ubezpieczenie społeczne za Skierowanego w ramach prac interwencyjnych**

Podmiot (pieczęćka lub wpisać Nazwę i NIP: \_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_ , dnia \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ r.  
/miejscowość i data/

**WNIOSK O ZWROT CZĘŚCI KOSZTÓW PONIESIONYCH NA WYNAGRODZENIA, NAGRODY I SKŁADKI NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE ZA SKIEROWANEGO PRZEZ POWIATOWY URZĄD PRACY W JAROSŁAWIU SKIEROWANEGO W RAMACH PRAC INTERWENCYJNYCH**

Działając na podstawie umowy nr \_\_\_\_\_ z dnia \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ r. w imieniu ww. Podmiotu wnioskuję o rozliczenie oraz wypłatę refundacji w kwocie:

\_\_\_\_\_ PLN

(słownie: \_\_\_\_\_), w tym:

\_\_\_\_\_ PLN na wynagrodzenia dla Skierowanego

\_\_\_\_\_ PLN na nagrodę dla Skierowanego

\_\_\_\_\_ PLN na składki na ubezpieczenie społeczne od wynagrodzenia dla Skierowanego

za okres zatrudnienia od \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ r. do \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ r.

na rachunek bankowy wskazany w ww. umowie: \_\_\_\_\_

**INFORMACJE DOTYCZĄCE OKRESÓW NIEZDOLNOŚCI DO PRACY W ZWIĄZKU Z CHOROBAŃ ORAZ PRZEBYWANIEM NA URLOPIE BEZPŁATNYM**

1. Imię i nazwisko Skierowanego w ramach prac : \_\_\_\_\_
2. Okres chorobowego: od \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ r. do \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ r.
3. Wynagrodzenie chorobowe w kwocie: \_\_\_\_\_ PLN - ilość dni: \_\_\_\_\_ (koszt pracodawcy)
4. Zasiłek chorobowy w kwocie: \_\_\_\_\_ PLN - ilość dni: \_\_\_\_\_ (koszt ZUS)
5. Okres przebywania na urlopie bezpłatnym od \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ r. do \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ r.

**Pracownik do kontaktów roboczych sporządzający wniosek:**

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_

Stanowisko: \_\_\_\_\_

nr tel.: \_\_\_\_\_

**Wymagane załączniki:**

1. Kserokopia listy płac z potwierdzeniem przelewu/odbioru wynagrodzenia.
2. Raport ZUS - RCA (dotyczący Skierowanego)
3. Deklaracja ZUS - DRA.
4. Deklaracja ZUS - RSA (dotycząca Skierowanego)
5. Potwierdzenie przelewu do ZUS za refundowany miesiąc.
6. Kserokopia listy obecności.

**Pouczenie** - dokumenty nie mogą zawierać danych osobowych niezwiązanych z realizacją umowy (wymagana anonimizacja danych).

\_\_\_\_\_  
/Pieczęć i podpis osoby upoważnionej  
ze strony Podmiotu/