

.....
(nazwa pracodawcy lub pieczęć firmowa)

WNIOSEK O REFUNDACJĘ Z FUNDUSZU PRACY WYNAGRODZENIA WYPŁACONEGO ZA OKRES OD.....DO..... W RAMACH ZATRUDNIANIA WSPIERANEGO KWOTA REFUNDACJIZŁ WG UMOWY NR.....
--

Tabela nr 1

Lp.	imię i nazwisko	% zasiłku	ilość dni, godzin, minut za które dokonano potrąceń z wynagrodzenia **	refundacja wynagrodzenia				składka ZUS% od poz. 6	ogółem refundacja kol. 6+8+9
				za pracę		za czas choroby do 33 dni lub do 14 dni w przypadku pracowników powyżej 50-go roku życia		emerytalna 9,76 % rentowa 6,5%	
				liczba dni kalendarzowych	kwota	liczba dni kalendarzowych	kwota	wypadkowa.....%	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	OGÓŁEM								

** nieobecność nieusprawiedliwiona, nieobecność usprawiedliwiona bezpłatna, zasiłek opiekuńczy (opieka nad chorym dzieckiem lub innym członkiem rodziny), zasiłek chorobowy.

Do wniosku należy dołączyć kserokopię listy płac uprzednio zatwierdzoną do wypłaty przez osobę upoważnioną oraz potwierdzoną za zgodność z oryginałem.

Wiarygodność informacji podanych we wniosku potwierdzam/-my własnoręcznym podpisem. Jednocześnie oświadczam/-my pod rygorem wypowiedzenia umowy, że informacje zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

* *niepotrzebne skreślić*

Tabela nr 2

lp.	imię i nazwisko pracownika	zwolnienia lekarskie od - do	wynagrodzenie za czas choroby płatne ze środków Pracodawcy :			zasiłek chorobowy (płatny przez ZUS)		urlop bezpłatny od - do	urlop macierzyński od - do
			ilość dni (zgodnie z kolumną nr 7 w tabeli nr 1)	80% lub 100%	kwota w zł zgodnie z listą płac	ilość dni (zgodnie z kolumną nr 4 w tabeli nr 1)	kwota w zł		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Wynagrodzenie za miesiąc20....r. zostało wypłacone w/w pracownikom w miesiącu:20....r. zgodnie z załączoną listą płac. Składki i podatek od wypłaconego wynagrodzenia zostały opłacone w miesiącu:.....20....r.

Oświadczam, że nie zalegam/my z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz opłacaniem składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy oraz Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz innych danin publicznych. Wiarygodność informacji podanych we wniosku potwierdzam/-my własnoręcznym podpisem. Jednocześnie oświadczam/-my pod rygorem wypowiedzenia umowy, że informacje zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

Pouczenie: Podanie nieprawdziwych informacji może skutkować zwrotem środków wraz z odsetkami oraz odpowiedzialnością karną.

..... Koszalin, dnia..... ,

(imię i nazwisko oraz numer tel. osoby do kontaktu)

.....

(podpis Pracodawcy lub osoby upoważnionej)