……………………………………………………….. 

/data wpływu wniosku do PUP/

Załącznik Nr 1 do Umowy w sprawie organizacji prac interwencyjnych

…………………………………………….………….

/pieczęć firmowa Pracodawcy/

WNIOSEK

O ZWROT CZĘŚCI KOSZTÓW PONIESIONYCH NA WYNAGRODZENIA I SKŁADKI NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE

 W ZWIĄZKU Z ZATRUDNIENIEM BEZROBOTNYCH W RAMACH PRAC INTERWENCYJNYCH ZA MIESIĄC …… 2022 r.

PODSTAWA PRAWNA

1. Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy,
2. Regulamin organizowania i finansowania prac interwencyjnych,
3. Umowa w sprawie organizacji prac interwencyjnych nr ………………………………………………… zawarta w dniu ……………..……………
4. **DANE OSOBY BEZROBOTNEJ ZATRUDNIONEJ W RAMACH UMOWY:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko | Wysokość wynagrodzenia brutto (z listy płac) | Wysokość wynagrodzenia podlegająca refundacji (bez wynagrodzenia chorobowego) | Wysokość składki ZUS w % (skł. emerytalna, skł. rentowa, skł. wypadkowa) | Kwota składki ZUS w zł**(kol. 3 x kol. 4)** | Wysokość wynagrodzenia chorobowego | Ogółem kwota refundacji**(kol. 3 + kol. 5** **+ kol. 6)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** |
|  |  |  |  |  |  |  |

1. **OŚWIADCZAM, ŻE NR KONTA BANKOWEGO WSKAZANY WW UMOWIE NIE ULEGŁ ZMIANIE**
2. **OŚWIADCZAM, ŻE ZAŁĄCZONA DO WNIOSKU DEKLARACJA ZUS DRA ZA MIESIĄC …….. ZAWIERA SKŁADKI OD WYNAGRODZENIA ZA MIESIĄC ……… ZA WYŻEJ WYMIENIONĄ OSOBĘ.**
3. **OŚWIADCZAM, ŻE ZAPOZNAŁEM/AM SIĘ Z:**
* „Klauzulą informacyjną o przetwarzaniu danych przez PUP w B-stoku dla pracodawcy”,
* „Klauzulą informacyjną o przetwarzaniu danych osobowych przez PUP w B-stoku dla osób wskazanych we wnioskach i umowach”,

których treść jest dostępna na stronie urzędu: www.bialystok.praca.gov.pl oraz w biuletynie informacji publicznej https://pupbialystok.bip.gov.pl/.

1. **ZAŁĄCZNIKI:**
* Kserokopia listy płac wraz z potwierdzeniem odbioru wynagrodzenia (pokwitowanie odbioru na liście płac lub potwierdzenie przelewu),
* Kserokopia listy obecności,
* Kserokopie zwolnień lekarskich,
* Dowody odprowadzania składek ZUS (kopia przelewu, deklaracja ZUS DRA)
1. **IMIĘ I NAZWISKO ORAZ NR TELEFONU OSOBY SPORZĄDZAJĄCEJ WNIOSEK: …………………….……………………..**

Kserokopie dokumentów należy potwierdzić za zgodność z oryginałem!

……………………………………..………………………………….

/data i czytelny podpis Pracodawcy/

………………………………………………………………………….

 /data i czytelny podpis osoby wymienionej w pkt. VI/