……………………………………………………… 

/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 …… 2023 r.

**W RAMACH UMOWY W SPRAWIE ORGANIZACJI PRAC INTERWENCYJNYCH NR …………ZAWARTA W DNIU …………….**

1. **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. **ZAŁĄCZNIKI:**

* Kserokopia listy płac wraz z potwierdzeniem odbioru wynagrodzenia (pokwitowanie odbioru na liście płac lub wydruk przelewu, lub dokument KW),
* Deklaracja rozliczeniowa ZUS DRA wraz z dowodem odprowadzenia składek ZUS,
* Imienny raport miesięczny o należnych składkach i wypłaconych świadczeniach ZUS RCA,
* Imienny raport miesięczny o wypłaconych świadczeniach i przerwach w opłacaniu składek ZUS RSA.

1. **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. **IMIĘ I NAZWISKO ORAZ NR TELEFONU OSOBY SPORZĄDZAJĄCEJ WNIOSEK: …………………….……………………..**

……………………………………..………………………………….

/data i czytelny podpis Pracodawcy/

………………………………………………………………………….

/data i czytelny podpis osoby wymienionej w pkt. 5/

**UWAGA! Kserokopie dokumentów należy potwierdzić za zgodność z oryginałem!**

**Dokumenty zawierające dane dotyczące pracowników niezatrudnionych w ramach Umowy w sprawie organizacji prac interwencyjnych należy zamaskować, zanonimizować!**

Dopuszcza się przesyłanie dokumentów oraz informacji w postaci elektronicznej przez epuap.gov.pl., lub za pośrednictwem operatora pocztowego w rozumieniu przepisów o prawie pocztowym na adres: ul. Pogodna 63/1, 15-365 Białystok, lub osobiście w Kancelarii mieszczącej się w siedzibie Urzędu.