Warszawa, dnia ..............................r.

............................................

(Pieczęć firmowa pracodawcy)

**Prezydent m.st. Warszawy**

**za pośrednictwem**

**Urzędu Pracy m.st. Warszawy**

W nawiązaniu do umowy nr **PI/**…**/**….z dnia ………….r.

o zorganizowanie i finansowanie **prac interwencyjnych**

wnioskuję o refundację **za miesiąc** ………..........................**/**.............. r. wynagrodzenia wypłaconego pracownikowi:

Imię i Nazwisko:

Miesięczna kwota refundacji wg. umowy:   
Kwota refundacji jest powiększana o składki na ubezpieczenia społeczne.

Wynagrodzenie brutto z listy płac …………………………… zł  
  
Przyczyna nieobecności w pracy w danym miesiącu (np. zwolnienie lekarskie, urlop bezpłatny), ilość dni:  
  
………………………………………………………………………………………………

Przelewu kwoty refundacji proszę dokonać na nr rachunku bankowego wskazany w ww. umowie.

nr rachunku \_ \_ - \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_

Oświadczam, że informacje zawarte we wniosku i załączonych do niego dokumentach są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym. Jednocześnie informuję, że warunki zawartej umowy z Miastem st. Warszawa -Urzędem Pracy m.st. Warszawy, są przez pracodawcę przestrzegane.

Załączniki:

1. Kopia listy płac podpisana przez pracodawcę,
2. Kopia przelewu wynagrodzenia lub podpis na liście płac pracownika,
3. Kopia ZUS DRA, RCA oraz dowód płatności składek ZUS,
4. Kopia zwolnienia lekarskiego ZUS ZLA, ZUS RSA.

……………………………………………

(Podpis i pieczątka pracodawcy)

**Wszystkie kserokopie wymaganych załączników muszą być poświadczone za zgodność z oryginałem!**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **WYPEŁNIA URZĄD PRACY NA PODSTAWIE UMOWY**  **ORAZ ZAŁĄCZONYCH DOKUMENTÓW** | | | | | |
| Za okres od ……………………………..… do…………………………………. | | | | | |
| Liczba dni  pracy | Liczba dni choroby | Składka ZUS % | ***Refundacja dla Pracodawcy*** | | |
| Wynagrodzenie | Składka ZUS | Razem |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Ogółem do refundacji: | | |  |  |  |
| Słownie zł:  .................................................................................................................  ................................................................................................................. | | | | | ……………………… (podpis i pieczątka pracownika)  Urzędu Pracy |
| UWAGI: | | | | |