

.....
(miejsowość, data)

.....
(pieczęć zakładu , numer konta bankowego)

**Starosta Trzebnicki
Powiatowy Urząd Pracy
w Trzebnicy**

W N I O S E K

**o zwrot części poniesionych kosztów w związku z zatrudnieniem
bezrobotnego (-ych) w ramach prac interwencyjnych
za m-c**

Wniosek dotyczy umowy numer zawartej w dniu

Imię i nazwisko zatrudnionego bezrobotnego	Wysokość wynagrodzenia podlegającego refundacji	ZUS %	Składka ZUS	Wynagrodzenie chorobowe	Ogółem do refundacji
RAZEM:					

.....
(podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej)

Załączniki:

- kopia list płac wraz z pokwitowaniem odbioru wynagrodzenia
- kserokopie list obecności
- kserokopie zwolnień lekarskich
- deklaracje ZUS: DRA , RCA, RSA
- dowody wpłat składek ZUS