Powiatowy Urząd Pracy

w Drawsku Pomorskim

(wypełnia PUP)

Załącznik nr 2 do umowy nr UmWynDPS/…… / …… z dnia …… r.

…….. (pieczątka Wnioskodawcy)

……..……..…….. (miejscowość i data)

WNIOSEK O ZWROT PONIESIONYCH KOSZTÓW
W ZWIĄZKU Z ZATRUDNIENIEM ZORGANIZOWANYM
PRZED PODMIOT PROWADZĄCY DPS/JEDNOSTKĘ ORGANIZACYJNĄ WRIPZ

Za miesiąc …… **rok** ……

Imię i nazwisko skierowanego bezrobotnego	**Wys. wynagrodzenia podlegającego refundacji (bez zasiłku chorobowego)**		**Wynagrodzenie chorobowe**		**Ogółem do refundacji**	**Wypełnia PUP**
	Liczba dni	**Kwota**	**Liczba dni**	**Kwota**		
RAZEM						

Nr rachunku bankowego

…… (miejscowość i data)

…… (podpis wnioskodawcy)

Załączniki do wniosku (obowiązkowo):

1. uwierzytelnione kserokopie list płac wraz z pokwitowaniem odbioru wynagrodzenia;
2. uwierzytelnione kserokopie list obecności;
3. deklaracja ZUS RSA (jeżeli wystąpią przerwy w opłacaniu składek);
4. deklaracja ZUS RCA - raport imienny pracownika/ów;
5. deklaracja ZUS DRA;
6. potwierdzenie opłacania składek na ubezpieczenie społeczne za wszystkich pracowników.