

Wypełnia pracodawca

Dąbrowa Górnicza, dnia.....

.....  
pieczęć firmowa pracodawcy

**WNIOSEK**

**o refundację wynagrodzeń osób zatrudnionych w ramach prac interwencyjnych  
na podstawie umowy Nr ..... z dnia.....**

1. Lp	2. imię i nazwisko osoby zatrudnionej w ramach prac interwencyjnych	3. wynagrodzenie brutto zgodne z listą płac	4. nieobecności od-do określić rodzaj	5. kwota wynagrodzenia za czas choroby wyplacona przez pracodawcę	6. kwota zasiłku chorobowego wyplacona przez ZUS	7. kwota refundacji za wynagrodzenie ustalona w umowie	8. składki na ubezpieczenie społeczne od rubryki 7 w wysokości:16,26% +.....% (składka wypadkowa)= .....%	9. OGÓŁEM do refundacji (7+8)	10. UWAGI

ogółem do refundacji (słownie).....

za miesiąc.....

nr konta bankowego.....

.....  
pieczęć i podpis oraz numer telefonu  
osoby sporządzającej wniosek