

Załącznik nr 2 do umowy nr ..... z dnia .....

.....  
(pieczęć wnioskodawcy)

.....  
(miejsowość, data)

### WNIOSEK O ZWROT PONIESIONYCH KOSZTÓW

**W ZWIĄZKU Z ZATRUDNIENIEM BEZROBOTNYCH NA PRACACH INTERWENCYJNYCH**

**ZA MIESIĄC ..... 201...r.**

Imię i nazwisko skierowanego bezrobotnego	Wys. Wynagrodzenia podlegając. refundacji (bez zasiłku chorob.)		Składka ZUS	Wynagrodzenie chorobowe		Ogółem do refundacji	Wypełnia PUP
	Liczba dni	Kwota		Liczba dni	Kwota		
Razem							

Nr rachunku bankowego .....

.....  
(miejsowość i data)

.....  
(podpis pracodawcy)

**Załączniki:**

- uwierzytelnione kopie list płac wraz z pokwitowaniem odbioru wynagrodzenia,
- kserokopie list obecności,
- kserokopie zwolnień lekarskich / jeżeli wystąpi/;
- deklaracja ZUS DRA +dowód odprowadzania składki na ubezpieczenie społeczne, RCA - raport imienny pracowników zatrudnionych na stanowisku w ramach prac interwencyjnych.