Załącznik Nr 2

 ……………………………. ….…………..dnia…………........

 pieczątka Pracodawcy

**POWIATOWY URZĄD PRACY**

 **w OLECKU**

**WNIOSEK O REFUNDACJĘ PFRON**

zgodnie z niżej wymienionymi umowami wnioskuję o refundację części kosztów poniesionych na wynagrodzenia oraz składki na ubezpieczenie społeczne za zatrudnione osoby niepełnosprawne poszukujące pracy niepozostające w zatrudnieniu w ramach robót publicznych:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Numer umowy**  | **Liczba osób** | **Za okres** **od do** | **Kwota do refundacji** | **z tego :** |
| **Wynagrodzenia** | **Wynagrodzenie chorobowe** | **Składka ZUS** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Powyższą kwotę proszę przekazać na konto……………………………………………………………………………………………………………………

 W związku ze składanym wnioskiem o refundację oświadczam, że nie jestem powiązany w bezpośredni lub pośredni sposób z osobami lub podmiotami, względem których stosowane są środki sankcyjne mające na celu przeciwdziałanie wspierania agresji Federacji Rosyjskiej na Ukrainę i figurują na listach osób i podmiotów objętych sankcjami, zarówno unijnych, jak i krajowych i sam nie znajduję się na żadnej z tych list.

Jednocześnie zobowiązuję się do złożenia stosownego oświadczenia, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku wystąpi powiązanie, o którym mowa powyżej. Oświadczenie zostanie złożone niezwłocznie, z tym, że nie dłużej niż w terminie do 7 dni od wystąpienia zdarzenia.

 ……………………………………

**Załączam potwierdzone za zgodność z oryginałem kopie dokumentów:**

1. Deklarację ZUS DRA z dowodem opłacenia składek za dany miesiąc.
2. Listę płac z potwierdzeniem odbioru wynagrodzenia.
3. Deklarację imienną ZUS RCA, ZUS RSA.
4. Listę obecności za dany miesiąc.

**WYPEŁNIA PUP OLECKO**

|  |
| --- |
| **WNIOSEK ZGODNY Z UMOWĄ** |
| **NR DYSPOZYCJI** | **TAK** | **NIE** | **KWOTA DO REFUNDACJI** | **z tego** |
| **WYNAGRODZENIE** | **WYNAGRODZENIE CHOROBOWE** | **SKLADKA ZUS** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |