Załącznik Nr 2

…….
(pieczątka Podmiotu prowadzącego DPS/
Jednostki organizacyjnej WRiPZ)

Olecko, dnia ……

Powiatowy Urząd Pracy
w Olecku

WNIOSEK O ZWROT KOSZTÓW ZA MIESIĄC ……..

Na podstawie umowy Nr …… z dnia …….. wnioskuję **o zwrot** kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody i składki na ubezpieczenia społeczne za zatrudnioną/e **osobę/y** bezrobotną/e lub poszukującą/e pracy:

Nazwisko i imię osoby zatrudnionej	Liczba dni pozostaw w zatrud. w danym miesiącu	Kwota wynagrodzenia ***(brutto)***	Kwota wynagr. podlegająca **refundacji** *(bez wyn. za czas choroby)*	Kwota wynagr. **za czas choroby**	Kwota składki na ubezp. społ. …… *(od rubr. 4)*	**Razem** do refundacji *(rubr. 4+5+6)*
1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*
		OGÓŁEM				
Ogółem do refundacji słownie złotych						

Powyższą kwotę proszę przekazać na rachunek nr _ _ – _ _ _ _ – _ _ _ _ – _ _ _ _ – _ _ _ _ – _ _ _ _ - _ _ _ _

W związku ze składanym wnioskiem o zwrot kosztów Oświadczam, że nie jestem powiązany/a 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/a nie znajduję się na żadnej z tych list.
Zobowiązuję się do złożenia stosownego oświadczenia, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku/ podpisania umowy/ ostatniej płatności wystąpi powiązanie, o którym mowa powyżej lub/i zostanę wpisany/a na którąkolwiek z w/w list. Oświadczenie zostanie złożone niezwłocznie, z tym, że nie dłużej niż w terminie do 7 dni od wystąpienia zdarzenia.

Świadom odpowiedzialności karnej na podstawie art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeksu Karnego za składanie nieprawdziwych danych oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym wniosku oraz załącznikach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Powiatowego Urzędu Pracy w Olecku w błąd przy przedstawianiu informacji.

…….
(Sporządził: nazwisko i imię , nr tel.)

…….
(Podmiot prowadzący DPS/
Jednostka organizacyjna WRiPZ – pieczęć i podpis)

Załączam potwierdzone za zgodność z oryginałem kopie dokumentów:

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

Wypełnia pracownik PUP:

Nr dyspozycji ……./……/……../…….

……
(podpis pracownika)