## ZAŁĄCZNIK Nr 1

WNIOSEK

.................................................. **o refundację części wynagrodzeń pracowników zatrudnionych w ramach dofinansowania kosztów zatrudnienia**

**w domu pomocy społecznej lub jednostce organizacyjnej wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej**

(pieczęć zakładu pracy)

**za okres od ..................................... do ...........................................................**

**Dotyczy umowy nr .................................................... z dnia .........................**

**Nazwa Banku............................................................. Nr Konta:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| WYPEŁNIA ZAKŁAD PRACY | | | | | | |
| Lp. | Nazwisko i imię | Data urodzenia | Nieobecność w pracy liczba dni | Wynagrodzenie brutto | Wynagrodzenie za czas choroby | Ogółem brutto |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |

**- verte -**

# Dane dotyczące wypłaconych świadczeń z tytułu choroby i innych nieobecności

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko | Nieobecności w pracy | | | | | | | |
| Nieobecności w pracy z powodu choroby | | | | | | **Inne nieobecności** | |
| Ilość dni w roku | W ostatnim miesiącu  od – do / liczba dni | Wynagrodzenie za czas choroby | | Zasiłek chorobowy | Liczba dni | Rodzaj | Liczba dni |
| 80 % | 100% |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\* niepotrzebne skreślić.

Do wniosku należy załączyć potwierdzone za zgodność z oryginałem kopie dokumentów: listy wypłat wynagrodzeń pracowników zatrudnionych w ramach umowy, listy obecności, dowód wpłaty na ubezpieczenie społeczne, deklaracje ZUS DRA + RCA, RSA, zwolnienia lekarskie.

**Oświadczam , że: dane zawarte we wniosku i załączone dokumenty są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.**

Sporządził :………………………………..tel. …………………….. ..............................., dnia........................ Pracodawca/organizator.......................................

(pieczęć i podpis Organizatora)