



**POWIATOWY URZĄD PRACY W ŻYWCU**  
**POWIATOWY URZĄD PRACY W ŻYWCU**  
**CENTRUM AKTYWIZACJI ZAWODOWEJ**



ul. Łączna 28, 34-300 Żywiec  
telefon: (33) 475-75-00, fax: (33) 475-75-51  
www.zywiec.praca.gov.pl, e-mail: kancelaria@pup.zywiec.pl

Pieczęć firmowa pracodawcy

**Wniosek o refundację poniesionych kosztów związanych z zatrudnieniem skierowanych uczestników Centrum Integracji Społecznej w ramach zatrudnienia wspieranego za okres od..... do.....**

**I. DANE DOTYCZĄCE PRACODAWCY**

- 1. Nazwa pracodawcy:**
- 2. Osoba upoważniona do reprezentowania pracodawcy:**
- 3. Imię i nazwisko, numer telefonu osoby odpowiedzialnej za współpracę z Urzędem:**

Na podstawie art. 16 ustawy z dnia 13 czerwca 2003r. o zatrudnieniu socjalnym (tekst jednolity Dz. U. z 2020r., poz. 176 z późn. zm.) oraz ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jednolity Dz. U. z 2023r., poz. 735 z późn. zm.) w związku z zawartą umową.....  
z dnia ..... w sprawie zwrotu części poniesionych kosztów związanych z zatrudnieniem skierowanych uczestników Centrum Integracji Społecznej w ramach zatrudnienia wspieranego wnoszę o refundację poniesionych kosztów zgodnie z załączonym rozliczeniem finansowym:

- wynagrodzenie dla..... zatrudnionych w wysokości.....zł;  
(liczba zatrudnionych)
- składki na ubezpieczenie społeczne .....% w wysokości:.....zł
- wynagrodzenie za czas choroby w wysokości.....zł

**RAZEM DO REFUNDACJI:.....zł**  
(słownie:.....)

Ww. kwotę proszę przekazać na rachunek bankowy:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Opracował:** Nazwisko i imię oraz numer telefonu

.....

**Główny Księgowy** pieczętka i podpis

.....

**Pracodawca:** pieczętka i podpis

.....

## II. ZAŁĄCZNIKI

1. Kserokopia listy płac wraz z pokwitowaniem odbioru wynagrodzenia przez uczestnika/ów lub przelewu bankowego na konto osobiste uczestnika/ów.
2. Kserokopia deklaracji ZUS P DRA, kopia raportów imiennych ZUS P RCA i ZUS P RSA za zatrudnioną/ne osobę/y bezrobotne oraz dowód opłacania składek na: ubezpieczenie społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy i Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych.
3. Kserokopia dowodu wpłacenia zaliczki na podatek dochodowy uczestnika/ów.
4. Kserokopia zwolnień lekarskich uczestnika/ów.
5. Kserokopia listy obecności uczestnika/ów.

**UWAGA- wszystkie kserokopie wymaganych załączników muszą być poświadczane za zgodność z oryginałem.**

**Rozliczenie finansowe osób zatrudnionych**

na podstawie zawartej umowy nr..... dotyczącej zatrudnienia wspieranego

za m-c..... 20.....rok.

Lp.	Nazwisko i imię uczestnika	%zasiłku	Ilość dni chorobowych płatnych przez		Ilość dni niepłatnych	Wynagrodzenie brutto wypłacone przez zakład pracy			Kwota wynagrodzenia do refundacji			Ogółem do refundacji
			Zakład pracy	ZUS		za czas pracy	za czas choroby	ZUS	za czas pracy	za czas choroby	ZUS	
1.												
2.												
<b>RAZEM</b>												