*Załącznik nr 2 do Zarządzenia nr 9/2025*

*Dyrektora PUP w Kłodzku z dnia 05.05.2025 r.*

**……………………………………………..** (pieczęć wnioskodawcy)

………………………………………  
 (miejscowość, data)

**WNIOSEK**

**o refundację świadczeń integracyjnych oraz składek na ubezpieczenia społeczne od tych świadczeń na zasadach określonych**

**w ustawie o zatrudnieniu socjalnym za miesiąc ……………………rok…………**

**na podstawie POROZUMIENIA z dnia ……………………**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Nazwisko i imię uczestnika | Ilość dni uczestnictwa w miesiącu rozliczeniowym | | W tym liczba dni usprawiedliwionych nieobecności  (ZUS ZLA) | | W tym liczba dni nieobecności nieusprawiedliwionych | | W tym liczba dni nieobecności usprawiedliwionych | | Kwota refundowanego świadczenia integracyjnego w okresie próbnym | | | Kwota refundowanego świadczenia integracyjnego w okresie uczestnictwa | | | Kwota refundowanego świadczenia integracyjnego |
| w okresie próbnym | w okresie uczestnictwa | w okresie próbnym | w okresie uczestnictwa | w okresie próbnym | w okresie uczestnictwa | w okresie próbnym | W okresie uczestnictwa | Świadczenie  integracyjne | Składka na ZUS | Razem  ( 12+13) | Świadczenie integracyjne | Składka na ZUS | Razem  (15+16) | RAZEM  (14+17) |
| **1** | **2** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** | **18** |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **7.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **8.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **9.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **….** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Łączna kwota do zrefundowania ………………………PLN, słownie: …………………………………………………………………………………………..

Refundację proszę przekazać na konto……………………………………………………………………………………………………………………………..

**…………………………………… ………………………………………** (Księgowy CIS – pieczątka i podpis) (Kierownik CIS – pieczątka i podpis)

**Wykaz załączników**:

1. Potwierdzona za zgodność z oryginałem lista obecności uczestników zajęć.
2. Potwierdzona za zgodność z oryginałem lista wypłat świadczeń integracyjnych wraz z potwierdzeniem odbioru świadczenia przez uczestnika zajęć.

3. Potwierdzona za zgodność kserokopia druku ZUS ZLA ( L – 4 ), kartę urlopu, wniosku o udzielenie dnia wolnego.

4. Wykaz uczestników CIS

5. Kserokopia pisemnej informacji CIS o rozpoczęciu lub zakończeniu uczestnictwa w zajęciach prowadzonych przez CIS

|  |
| --- |
| **WYPEŁNIA URZĄD PRACY:** |

Refundację obliczył:

………………………………………….........

data i podpis

Sprawdzono pod względem merytorycznym Sprawdzono pod względem formalnym i rachunkowym

………………………………………………. ……………………………………………..………….

data i podpis data i podpis

Zatwierdzono do wypłaty ………………………………… w tym:

Świadczenie …………………………………………….

. ZUS ……………………………………………………..

Słownie………………………………………………….

....………………….. …………………………….

Główny księgowy Dyrektor PUP