**Załącznik Nr 1**

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

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

**WNIOSEK**

**o refundację kwoty świadczeń integracyjnych  
 za miesiąc ……………………rok…………**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Nazwisko i imię uczestnika | PESEL | Ilość dni uczestnictwa w miesiącu rozliczeniowym | | W tym liczba dni usprawiedliwionych nieobecności  (ZUS ZLA) | | W tym liczba dni nieobecności nieusprawiedliwionych | | 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 | Świadczenie  integracyjne | Składka na ZUS | Razem  ( 10+11) | Świadczenie integracyjne | Składka na ZUS | Razem  (13+14) | RAZEM  (12+15) |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **7.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **8.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **9.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **10.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **11.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **12.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **13.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **14.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **15** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **16.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **17.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **18.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **19.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **20.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **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. Lista wypłat świadczeń integracyjnych wraz z potwierdzonymi kopiami odbioru świadczeń,
3. Potwierdzenie uregulowania zobowiązania wobec urzędu skarbowego,
4. Potwierdzenie uregulowania zobowiązań wobec ZUS,
5. Potwierdzona za zgodność kserokopia druku ZUS ZLA ( L – 4 ), kart urlopowych,
6. Oświadczenie Centrum, iż wskazane we wniosku osoby są objęte programem zatrudnienia socjalnego.