………………………………………………. Szczytno, dnia …………………………………

(pieczęć CIS)

**ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU**

**€ O REFUNDACJĘ kwoty wypłaconych świadczeń integracyjnych wraz ze składami na ubezpieczenia społeczne/**

**€ O ZALICZKĘ na wypłatę świadczeń integracyjnych wraz ze składkami na ubezpieczenia społeczne od wypłaconych świadczeń/**

**€ ZALICZKĘ na wypłatę 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/zaliczki na wypłatę\* świadczenia integracyjnego w okresie próbnym** | | | **Kwota refundowanego/zaliczki na wypłatę\* świadczenia integracyjnego w okresie uczestnictwa** | | | **KWOTA REFUNDOWANEGO/**  **ZALICZKI NA WYPŁATĘ\* ŚWIADCZENIA INTEGRACYJNEGO** | **ILOŚĆ WYKORZYSTANYCH DNI W OKRESIE UCZESTNICTWA (NARASTAJĄCO)** | |
| w okresie próbnym | w okresie uczestnictwa | w okresie próbnym | w okresie uczestnictwa | w okresie próbnym | w okresie uczestnictwa | Świadczenie integracyjne | Składka na ubezpieczenia społeczne | Razem (10+11) | Świadczenie integracyjne | Składka na ubezpieczenia społeczne | Razem (13+14) | RAZEM: (12+15) | Urlopu | Zwolnienia lekarskiego |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Łączna kwota do zrefundowania/wypłaty zaliczki\* ……………………………………………… słownie…………………………………………………………………………………………………

Refundację/zaliczkę\* proszę przekazać na konto CIS, tj. nr ………………..………………………………………………………………………………………………………………….…………………

**Oświadczam, że wskazane wyżej osoby są objęte indywidualnym programem zatrudnienia socjalnego w uzgodnieniu z kierownikiem/dyrektorem ośrodka pomocy społecznej właściwym dla miejsca zamieszkania lub pobytu tej osoby i zostały skierowane do Centrum Integracji Społecznej zgodnie z art. 12 ust. 1 – 4 ustawy o zatrudnieniu socjalnym (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 83 ze zm.).**

Świadom odpowiedzialności karnej na podstawie art. 233 § 1ustawy 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 Szczytnie w błąd przy przedstawianiu informacji.

***Prawdziwość informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem:***

**……………………………..…………………………. ………………………………………….……………………..**

(data i podpis osoby sporządzającej wniosek) (data i podpis kierownika Centrum Integracji Społecznej)