



**Zestawienie wynagrodzeń pracowników  
zatrudnionych w ramach częściowej refundacji kosztów  
za miesiąc .....**

Lp.	Nazwisko i imię	Okres pracy	Wysokość wypłaconego wynagrodzenia brutto	Wynagrodzenie za czas choroby lub zasiłek chorobowy (okres i kwota)	Wysokość zrefundowanego wynagrodzenia (wypełnia PUP)	Uwagi
Razem wynagrodzenia						
Składka na ubezpieczenie społeczne (emerytalne, rentowe i wypadkowe)						
Wynagrodzenie za czas choroby lub zasiłek chorobowy						
<b>OGÓŁEM</b>						

Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z otrzymania wsparcia na podstawie:

- ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 507),
- rozporządzenia Rady (WE) nr 765/2006 z dnia 18 maja 2006 r. dotyczącego środków ograniczających w związku z sytuacją na Białorusi i udziałem Białorusi w agresji Rosji wobec Ukrainy (Dz. Urz. UE. L 2006 Nr 134, str. 1 z późn. zm.),
- rozporządzenia Rady (UE) nr 269/2014 z dnia 17 marca 2014 r. w sprawie środków ograniczających w odniesieniu do działań podważających integralność terytorialną, suwerenność i niezależność Ukrainy lub im zagrażających (Dz. Urz. UE. L 2014 Nr 78, str. 6 z późn. zm.),
- rozporządzenia (UE) nr 833/2014 z dnia 31 lipca 2014 r. dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami w Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie (Dz. Urz. UE. L 2014 Nr 229, str. 1 z późn. zm.)

oraz nie jestem powiązany z podmiotami, względem których zastosowano środki sankcyjne na podstawie ww. aktów prawnych.

**Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 KK oświadczam, że informacje zawarte we wniosku i w załączonych do niego dokumentach są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.**

.....  
(data i podpis Pracodawcy lub osoby upoważnionej)