|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ……………………………….., dn. ……………… | |
|  | (miejscowość, data) | |
| (pieczęć zakładu) |  | |
| ------ **Powiatowy Urząd Pracy w Nowym Dworze Mazowiecki** | | |
| (nr konta zgody z zawartą umową) | |  |

**WNIOSEK**

**o zwrot poniesionych kosztów w związku z zatrudnieniem bezrobotnych lub bezrobotnych opiekunów osoby niepełnosprawnej**

**w ramach prac interwencyjnych za miesiąc ……………………………………**

Stosownie do postanowień art. 51, art. 56, art. 59 ustawy z dnia 20.04.2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t.j. Dz. U z 2024 r., poz. 475 z późń . zm.) w sprawie zasad finansowania świadczeń z Funduszu Pracy zgłaszamy wniosek o refundację kosztów poniesionych w związku z pracami interwencyjnymi.

Wniosek dotyczy umowy numer **UmPI/…………/………** zawartej w dniu…………………………..

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko bezrobotnego/  bezrobotnego  opiekuna osoby niepełnosprawnej | Wysokość wynagrodzenia wynikająca z umowy o pracę -brutto | Wysokość wynagrodzenia podlegającego refundacji | % ZUS | Składka  ZUS | Wynagrodzenie za czas choroby | Zasiłek chorobowy (nie podlega refundacji) | Ogółem do refundacji |
| ……………………….. | ……………… | ……………….. | …… | …………. | ……………….. | …………… | …………… |
| ……………………….. | ……………… | ………………… | …… | …………. | ……………….. | …………… | …………… |
| RAZEM | ……………… | ………………… | ......... | ………. | ……………….. | ……………. | …………… |

……………………………. ……………………………………………..

( główny księgowy) (pieczątka i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej)

Oświadczam, iż **jestem**/**nie jestem\*** powiązany z osobami lub podmiotami, względem których stosowane są środki sankcyjne i które figurują na listach unijnych i krajowych oraz nie znajduję się na takiej liście. Przed złożeniem oświadczenia zapoznałem się z rejestrem osób/podmiotów objętych przedmiotowymi sankcjami zamieszczonym na stronie BIP MSWiA: www.gov.pl/web/mswia/lista-osob-i-podmiotow-objetych-sankcjami

\*odpowiednie skreślić

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

pieczątka i podpis pracodawcy

**Załączniki:**

- uwierzytelniona kopia listy płac wraz z pokwitowaniemodbioru wynagrodzenia ( np. potwierdzenie przelewu wynagrodzenia)

- kserokopie zwolnień lekarskich

- deklaracja DRA oraz dowód odprowadzenia składki na ubezpieczenie społeczne