dnia

(pieczęć zakładu pracy)

# **Powiatowy Urząd Pracy dla Powiatu**

**Warszawskiego Zachodniego**

## ul. Poznańska 131 A

**05-850 Ożarów Mazowiecki**

W nawiązaniu do umowy nr zawartej w dniu w sprawie organizowania prac interwencyjnych prosimy o refundację za miesiąc :

* Wynagrodzeń osobowych zł.
* Składki na ubezpieczenie społeczne zł.
* Ogółem do refundacji zł.

Słownie:

zł.

Środki finansowe prosimy przekazać na nasze konto bankowe nr:

(Główny księgowy, pieczątka i czytelny podpis) ( Pracodawca, pieczątka i czytelny podpis )

Załączniki:

* Rozliczenie finansowe
* Kopia listy płac z pokwitowaniem odbioru (podpis lub przelew) wynagrodzenia osobie zatrudnionej w ramach prac interwencyjnych potwierdzona „za zgodność z oryginałem”
* Raport DRA, RCA, RSA składanych do ZUS
* Dowód odprowadzenia podatku do US i składek na ubezpieczenie społeczne do ZUS

Rozliczenie finansowe wynagrodzeń osób zatrudnionych w ramach prac interwencyjnych za okres od do

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko,  Umowa o pracę | Wynagrodzenie brutto wg listy płac | **Do refundacji z Funduszu Pracy** | | | | Uwagi |
| Wynagrodzenie refundowane  dla pracodawcy  ze środków Funduszu Pracy | ZUS  Składka opłacana ze środków pracodawcy (em. + rent. + wyp.)  wpisać % | Wynagrodzenie chorobowe \* | Razem  (kol. 4+5+6) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Razem do refundacji |  |  |  |  |  |  |

Słownie do refundacji

Uwagi: osoby zwolnione z poz. od dnia przyczyna zwolnienia

Przyjęte na czas nieokreślony z poz. od dnia na czas określony z poz. od dnia do dnia

\* z poz. liczba dni chorobowych: , w tym płatnych: ,podać procent ( 80% - 100%)

Sporządził: imię i nazwisko - telefon Główny księgowy (czytelny podpis) Dyrektor zakładu (czytelny podpis)