

 …………………………….

 (miejscowość, data)

 ………………………………. **Powiatowy Urząd Pracy**

 (pieczęć firmowa pracodawcy)  **w Przemyślu**

**WNIOSEK**

**o zwrot części kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody i składki na ubezpieczenie społeczne za skierowanych bezrobotnych zatrudnionych w ramach prac interwencyjnych**

**za miesiąc……………..**

na zasadach określonych w art. 51, 56, 59 ustawy z dn. 20.04.2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy
(Dz. U. z 2025 r. poz. 214 ) oraz Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 24 czerwca 2014r. w sprawie organizowania prac interwencyjnych i robót publicznych oraz jednorazowej refundacji kosztów z tytułu opłaconych składek na ubezpieczenie społeczne (Dz.U. poz.864 z późn. zm.).

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

- wynagrodzenie w kwocie ……………………….zł

 - wynagrodzenie chorobowe w kwocie ……………………….zł

 - składki na ubezpieczenie społeczne

 od refundowanych wynagrodzeń w kwocie ……………………….zł

**Ogółem do refundacji kwota** ……………………….zł

 (słownie złotych: ……………………………………………………………………………………….….)

**Środki finansowe prosimy przekazać**

…………………………………………………………………………………………………………………………

 (nazwa banku, nr rachunku)

……………………………………. ……………………..……………

(Główny Księgowy, pieczątka i podpis) (Pracodawca, pieczątka i podpis)

Załączniki:

1. Rozliczenie finansowe…………
2. Kserokopia listy płac z pokwitowaniem odbioru wynagrodzenia.
3. Kserokopia listy obecności.
4. Kserokopie deklaracji ZUS P DRA, ZUS P RCA, P RSA, przelewu składek ZUS – za rozliczane miesiące.
5. Kserokopie dokumentów potwierdzających nieobecność pracownika np.: zwolnienie lekarskie , wniosek o urlop okolicznościowy, wniosek o opiekę nad zdrowym dzieckiem.

**Dokumenty kserowane muszą być potwierdzone za zgodność z oryginałem.**

 (**Załącznik nr 1 do „Wniosku o zwrot części kosztów…”)**

 **Rozliczenie finansowe wynagrodzeń osób zatrudnionych w ramach prac interwencyjnych**

 za okres od ……………………..do ………………………..

……………………………………

 (pieczęć firmowa pracodawcy)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię zatrudnionego w ramach prac interwencyjnych  | Wynagrodzenie brutto w zł | Wynagrodzenie refundowane dla pracodawcy z Funduszu Pracy w zł | Wpłata do ZUS …………% od kol. 4 w zł | Wynagrodzenie chorobowe refundowane dla pracodawcy z Funduszu Pracy w zł | Razem do refundacji z FP w zł |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Ogółem do refundacji słownie złotych: ……………………………………………………….… |  |

|  |
| --- |
| Ponadto informuję, że niżej wymienieni pracownicy korzystali ze zwolnienia bądź urlopu bezpłatnego: |
| Lp. | Nazwisko i imię | Zwolnienie lekarskie od - do | Wynagrodzenie za czas choroby (płatne z funduszu pracodawcy) | Zasiłek chorobowy (płatny z ZUS) | Urlop bezpłatny od - do |
| ilość dni od - do | kwotaw zł | ilość dni od - do | kwota w zł |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  UWAGI: Zwolniony dnia ……………. przyczyna zwolnienia………………………………………………………… przyjęty na czas nieokreślony dnia ....……………:………………………………………………………….. |

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

 (opr. nazwisko i imię; nr tel.) (Główny Księgowy; pieczątka i podpis) (Pracodawca; pieczątka i podpis)