

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć Pracodawcy)

**Powiatowy Urząd Pracy
w Białobrzegach**

WNIOSEK

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

Stosownie do postanowień art. 51, 56, 59 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2019 r. poz. 1482 z późn. zm.) zgłaszamy wniosek o refundację kosztów poniesionych w związku z pracami interwencyjnymi

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

- wynagrodzenie zł
- wynagrodzenie za czas chorobowy zł
- składki na ubezpieczenie społeczne od refundowanego wynagrodzenia zł

Ogółem do refundacji zł

słownie

Środki finansowe prosimy przekazać:
(nazwa banku, nr rachunku bankowego)

.....
(pieczęć i podpis głównego księgowego)

.....
(pieczęć i podpis Pracodawcy)

Załączniki:

1. Rozliczenie finansowe za miesiąc r.
2. Kserokopia listy płac z datą wypłaty oraz pokwitowaniem odbioru wynagrodzenia lub kopią przelewu wynagrodzenia na rachunek bankowy *)
3. Kserokopia listy obecności *)
4. Imienny raport miesięczny o należnych składkach i wypłaconych świadczeniach ZUS P RCX (RCA) *)
5. Imienny raport miesięczny o wypłaconych świadczeniach i przerwach w opłaceniu składek ZUS P RSA*)
6. Deklaracja ZUS P DRA *)
7. Kserokopia dowodu wpłat składek ZUS *)
8. Kserokopie zwolnień lekarskich *)

*) potwierdzone za zgodność z oryginałem.

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

| Lp. | Nazwisko i imię bezrobotnego zatrudnionego w ramach prac interwencyjnych | Wydatki poniesione przez Pracodawcę | | | Refundacja | | | |
|-----|--|-------------------------------------|-------------------------------|-------------|---------------|-------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| | | Wynagrodzenie brutto | Wynagrodzenie za czas choroby | Składki ZUS | Wynagrodzenie | Wynagrodzenie za czas choroby | Składki ZUS – od poz. 6 | Razem do refundacji – poz. 6-8 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | Ogółem: | |

Ponadto informuję, iż niżej wymienieni pracownicy korzystali ze zwolnienia lekarskiego bądź z 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 | Kwota w zł. | Ilość dni od – do | Kwota w zł | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Uwagi:

Osoby zwolnione:

1/ Nazwisko i imię

2/ Zwolniony dnia

3/ Przyczyna zwolnienia

Osoby przyjęte po zakończonej umowie o prace interwencyjne

1/ Nazwisko i imię

2/ Przyjęty na czas określony/nieokreślony od dnia

.....
(imię i nazwisko sporządzającego wniosek)

.....
(pieczętka i podpis głównego księgowego)

.....
(pieczętka i podpis Pracodawcy)