…………………………….

(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 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 ………………………………. .

- wynagrodzenie chorobowe w kwocie …………………………………

- składki na ubezpieczenie społeczne

od refundowanych wynagrodzeń w kwocie …………………………………

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

(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 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 | kwota  w 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)