

.....
(miejsowość, data)

.....
(pieczęć firmowa pracodawcy)

**Powiatowy Urząd Pracy
w Zakopanem**

W N I O S E K

o zwrot części kosztów poniesionych w związku z zatrudnieniem bezrobotnych na pracach interwencyjnych za miesiąc

Na podstawie art..... ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t. j. Dz. U. z 2019 r., poz. 1482) oraz zgodnie z zawartą w dniuumową nr UMPI/..... o zorganizowanie zatrudnienia w ramach prac interwencyjnych, prosimy o refundację:

- wynagrodzeń w kwocie: zł

- składek na ubezpieczenie społeczne od refundowanych
wynagrodzeń w kwocie: zł

Ogółem do refundacji kwota: zł

(słownie złotych:)

Środki finansowe prosimy przekazać:

.....
(nazwa banku, nr rachunku bankowego pracodawcy)

.....
(Główny Księgowy - pieczętka i podpis)

.....
(Pracodawca - pieczętka i podpis)

Załączniki:

1. Rozliczenie finansowe – załącznik nr 1.
2. Kserokopia listy płac wraz z **pokwitowaniem odbioru wynagrodzenia lub potwierdzeniem przelania.**
3. Kserokopia listy obecności.
4. Kserokopie deklaracji ZUS (RCA, DRA z informacją o wysyłce i potwierdzeniu), dowody wpłat – **kopie przelewów.**
5. Kserokopie zwolnień lekarskich (RSA).

Kserokopie wymaganych załączników, 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:

Lp.	Nazwisko i imię zatrudnionego w ramach prac interwencyjnych	Koszty pracodawcy		Refundacja dla pracodawcy z Funduszu Pracy			
		Wynagrodzenie brutto	Składka ZUS	Wynagrodzenie (bez chorobowego)	Wynagrodzenie za czas choroby (z części wyplaconej przez pracodawcę)	Składka ZUS% od rubryki 5	Razem do refundacji
1	2	3	4	5	6	7	8
	RAZEM:						

Ogółem do refundacji słownie zł:

Ponadto informuję, że niżej wymienieni pracownicy, korzystali ze zwolnienia lekarskiego, 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

..... Sporządzający- nazwisko, nr tel. Gł. Księgowy- pieczętka i podpis Pracodawca- pieczętka i podpis
---	---	---