

.....  
(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 w ramach prac interwencyjnych za miesiąc.....**

Na podstawie art. 51 ust.1 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t. j. Dz. U. z 2023 r., poz. 735) oraz zgodnie z zawartą w dniu ..... umową nr UMPI/FEM/23/ ..... 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
<b>RAZEM:</b>							

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

**Ponadto oświadczam, że nie zalegam w dniu złożenia niniejszego oświadczenia z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom, z opłaceniem w terminie należnych składek na ubezpieczenie społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych.**

.....  
Sporządzający- nazwisko, nr tel.

.....  
Gł. Księgowy- pieczęćka i podpis

.....  
Pracodawca- pieczęćka i podpis

