

.....
(miejscowość, 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. 135 ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz. U. 2025 r., poz. 620) oraz zgodnie z zawartą w dniu umową 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

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 wypłaconej 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

Ponadto oświadczam, że nie zalegam w dniu złożenia niniejszego oświadczenia z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom, z opłatami w terminie należnych składek na ubezpieczenie społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Fundusz Solidarnościowy i Fundusz Emerytur Pomostowych oraz z wpłatami na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, opłacaniem należnych składek na ubezpieczenie społeczne rolników lub na ubezpieczenie zdrowotne oraz opłacaniem innych danin publicznych.

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

.....
Gł. Księgowy- pieczęć i podpis

.....
Pracodawca- pieczęć i podpis