.......................................................

(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 - pieczątka i podpis) (Pracodawca - pieczątka 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 opłaceniem 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- pieczątka i podpis Pracodawca- pieczątka i podpis | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |