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

 (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 imięzatrudnionegow ramach prac interwencyjnych |  Koszty pracodawcy |  Refundacja dla pracodawcy z Funduszu Pracy |
| Wynagrodzeniebrutto | SkładkaZUS | Wynagrodzenie(bez chorobowego) | Wynagrodzenieza czas choroby(z części wypłaconej przez pracodawcę) | Składka ZUS...................%od rubryki 5 |  Razem dorefundacji |
| **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 bezpłatnyod - do |
|  |  |  | ilość dniod - do | kwota w zł | ilość dniod - 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 |
|  |