…………………………...

….…………………………………………. (miejscowość, data)

(pieczęć firmowa organizatora/pracodawcy)

**Powiatowy Urząd Pracy we Wschowie**

**WNIOSEK**

**o zwrot części kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody i składki na ubezpieczenie społeczne za skierowanych bezrobotnych w ramach prac interwencyjnych**

Dotyczy zatrudnionych w okresie: do 6 miesięcy

Na podstawie art. 51, ust 1. ustawy z dn. 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy ( tekst jednolity Dz. U. z 2024 r. poz. 475) oraz zgodnie z zawartą umową nr ………………………………….. w dniu …………………… w sprawie organizacji i finansowania prac interwencyjnych, prosimy o refundację:

– wynagrodzeń w kwocie .....………………………….. zł

– składki na ubezpieczenie społeczne

od refundowanych wynagrodzeń w kwocie ……………………………… zł

- wynagrodzenie za czas choroby (płatne z funduszu pracodawcy) ………………………………. zł

Ogółem do refundacji kwota ................................................... zł

(słownie złotych: …………………………………………...……………….………………………….)

Środki finansowe prosimy przekazać …………………………………………………………………   
w terminie ……………..…… dni od otrzymanie niniejszego pisma.

………………………………………….. ..……….…………………………………

(Główny księgowy, pieczątka i podpis) (Organizator/Pracodawca, pieczątka i podpis)

Załączniki:

1. Rozliczenie finansowe ……………

2. Kopia listy płac z pokwitowaniem odbioru wynagrodzenia

3. Kserokopia listy obecności

4. Kserokopia Deklaracji ZUS DRA, raportu imiennego RCA, RSA oraz dowody wpłat – (kopie przelewów)

5. Kserokopie zwolnień lekarskich

Uwaga! **Wszystkie kserowane dokumenty musza być potwierdzone za zgodność z oryginałem przez pracodawcę lub osobę upoważnioną.**

………………………………………………………..

(pieczęć firmowa organizatora/pracodawcy) (załącznik nr………… do „Wniosku o zwrot części kosztów…”)

**Rozliczenie finansowe wynagrodzeń osób zatrudnionych w ramach prac interwencyjnych**

**za okres od………………….. do……………………..**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię | Data zatrudnienia | Okres objęty zwrotem | Koszty pracodawcy | | | | Kwota do refundacji z FP | | | |
| wynagrodzenie | wynagrodzenie chorobowe | Składka ZUS | Ogółem | Wynagrodzenie refundowane dla pracodawcy z FP w zł | Wynagrodzenie chorobowe | Wpłata do ZUS……% | Razem do refundacji z FP w zł |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| RAZEM: | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Ogółem do refundacji: słownie złotych:…………………………………………………………………………………………………. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **UWAGI:**  **Zwolniony dnia …………………………………….przyczyna zwolnienia …………………………………………………………………………**  **przyjęty na czas nieokreślony dnia ………………………………………zgodnie z pozycją rozliczenia: …………………………………………**  **……………………………………… ………………………………………………… ………..………………………………**  **(opr. nazwisko i imię nr tel.) (Główny Księgowy; pieczątka i podpis) (Organizator/Pracodawca;**  **pieczątka i podpis)** | | | | | | | |