.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć firmowa pracodawcy)

POWIATOWY URZĄD PRACY
w Pruszkowie

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

Na podstawie art. 51, art. 56, art. 59 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (*Dz. U z 2022 r. poz. 690)* oraz zgodnie z zawartą w dniu ……
umową w sprawie organizowania i finansowania 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:* .....
.....).

Środki finansowe prosimy przekazać na rachunek : nazwa banku .....
numer konta: ..... .

....
(Główny księgowy, pieczątka i podpis) *(Pracodawca, pieczątka i podpis)*

Załączniki:

1. *Rozliczenie finansowe*
2. *Kserokopia listy płac z potwierdzeniem odbioru wynagrodzenia (podpis lub przelew)*
3. *Kserokopia listy obecności*
4. *Kserokopia deklaracji ZUS DRA + ZUS RCA za miesiąc, w którym dokonano wypłaty wynagrodzenia, a w przypadku zwolnień lekarskich ZUS RSA oraz ZUS ZLA*
   (dokumenty drukowane w trybie Roboczym nie będą przyjmowane)
5. *Dowody wpłat: ZUS za miesiąc w którym dokonano wypłaty wynagrodzenia*

Uwaga

Wszystkie kserokopie załączników dołączone do wniosku muszą być potwierdzone za zgodność z oryginałem pieczątką firmową i imienną oraz podpisem pracodawcy

.....
(pieczęć firmowa pracodawcy)

Rozliczenie finansowe wynagrodzenia osób zatrudnionych w ramach prac interwencyjnych

za okres od dnia ..... do dnia .....

Lp	*Nazwisko i imię zatrudnionego w ramach prac interwencyjnych zgodnie z umową o pracę od ..... do .....*	*Wynagrodzenie brutto w/g listy płac (w zł)*	*Wynagrodzenie do refundacji z Funduszu Pracy (bez wynagrodzenia za czas choroby) (w zł)*	*Składka do ZUS .....% od rubr. 4 (w zł)*	*Wynagrodzenie za czas choroby refundowane z Funduszu Pracy (w zł)*	*Razem do refundacji z Funduszu Pracy(4+5+6) (w zł)*
1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*
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*					

<u>UWAGI</u>:

Zwolniony dnia ....., przyczyna zwolnienia: .....

Po zakończeniu Prac Interwencyjnych zatrudniony na ..... od dnia .....

....
(opr. nazwisko i imię, nr tel.) *(Gł. księgowy, pieczątka i podpis)* *(Pracodawca, pieczątka i podpis)*