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

/pieczęć firmowa pracodawcy/ / miejscowość , data /

**Powiatowy Urząd Pracy**

**w Gryficach**

**W N I O S E K**

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

## Na podstawie art. 51,56,59 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jednolity: Dz.U. z 2024 r. poz. 475 ze zm.) oraz zgodnie z zawartą umową w dniu …………nr …………………… o zatrudnienie bezrobotnych w ramach prac interwencyjnych, prosimy o refundację :

- wynagrodzeń w kwocie ………………….zł.

- składki na ubezpieczenie społeczne

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

Ogółem do refundacji kwota …………………zł.

słownie złotych : .........................................................................................................................

Środki finansowe prosimy przekazać …………………………………………………………

/ nazwa banku ,nr rachunku /

.................................................... w terminie do 90 dni od otrzymania niniejszego wniosku.

\* niepotrzebne skreślić

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

/ Główny Księgowy, pieczątka i podpis/ /Pracodawca, pieczątka i podpis/

Załączniki :

1.Rozliczenie finansowe ......

2.Kopia listy płac wraz z pokwitowaniem odbioru wynagrodzenia lub polecenia przelewu,

3.Kopia listy obecności.

4.Kopia deklaracji ZUS DRA, kopie dowodów potwierdzających opłacenie składek odprowadzonych do ZUS zgodnie z deklaracją ZUS DRA.

5. Kopie zwolnień lekarskich.

................................................. Załącznik nr ............ do \* Wniosku o zwrot części kosztów..... \*/

/pieczęć firmowa pracodawca/

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

**za okres od ………………… do ……………………………**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwisko i imię zatrudnionego w ramach prac interwencyjnych zgodnie z umową o pracę  od........................ do ....................... | | **Wynagrodzenie**  **brutto w zł.** | | **Wynagrodzenie**  **refundowane dla**  **pracodawcy**  **w zł.** | | | **Wpłata do**  **ZUS ……należne od kwoty z kol. 4**  **w zł.** | | **Razem do**  **refundacji w zł.**  **/kol. 4+5/** | |
| **1** | **2** | | **3** | | **4** | | | **5** | | **6** | |
|  |  | |  | |  | | |  | |  | |
|  |  | |  | |  | | |  | |  | |
|  |  | |  | |  | | |  | |  | |
|  |  | |  | |  | | |  | |  | |
|  |  | |  | |  | | |  | |  | |
|  |  | |  | |  | | |  | |  | |
|  |  | |  | |  | | |  | |  | |
|  |  | |  | |  | | |  | |  | |
| **Ogółem do refundacji słownie** | | | | | | | | | |  | |
| **Ponadto informuję że niżej wymienieni pracownicy korzystali ze zwolnienia lekarskiego bądź urlopu bezpłatnego** | | | | | | | | | | | |
| **L.p.** | **Nazwisko i imię** | Zwolnienie **lekarskie**  **od-do** | | **Wynagrodzenie za czas**  **choroby /płatne funduszu pracodawcy** | | | Zasiłek chorobowy /płatny z ZUS | | | | Urlop bezpłatny  **od-do** |
| **Ilość dni** | | **Kwota w zł.** | Ilość dni | | **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 : /Pracodawca;

pieczątka i podpis/ pieczątka i podpis /