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

/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. 135 ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia, zgodnie z umową nr ……………………zawartą w dniu …………………….. o zatrudnienie bezrobotnych w ramach prac interwencyjnych, proszę 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 /