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

 (miejscowość i data)

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

 (pieczęć firmowa pracodawcy)

 ***Powiatowy Urząd Pracy***

 ***w Sępólnie Kraj.***

**WNIOSEK**

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

 Na podstawie art. 51 ustawy z dn. 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2024 r., poz. 475 ze zm.) oraz zgodnie z zawartą umową nr .......................... o organizowanie prac interwencyjnych prosimy o refundację:

* Wynagrodzenia w kwocie ..................................... zł
* Składek ZUS od refundowanych

wynagrodzeń (........%) w kwocie ..................................... zł

* Wynagrodzenia chorobowego w kwocie ..................................... zł

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

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

Środki finansowe prosimy przekazać na konto: ................................................................

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

(nazwa banku i numer rachunku)

 ……………………………………………..

 (podpis i pieczątka pracodawcy)

Załączniki (oryginały lub kserokopie potwierdzone za zgodność z oryginałem):

1. lista płac z pokwitowaniem odbioru wynagrodzenia lub przelewem na konto osobiste
2. lista obecności
3. deklaracja ZUS (DRA, RCA)
4. dowody wpłaty ZUS i podatku za dany miesiąc
5. zwolnienia lekarskie (deklaracja ZUS - RSA)

Rozliczenie finansowe wynagrodzeń osób zatrudnionych w ramach prac interwencyjnych za okres od ................................ do ................................

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp.  | Nazwisko i imię | Wynagrodzenie brutto | Wynagrodzenie refundowane dla pracodawcy z FP | ZUS (……..% od kol. 4) | Wynagrodzenie chorobowe | Razem(kol. 4+5+7)  |
| Ilość dni | Kwota refundowana | Ilość dni z ZUS |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   **Ogółem do refundacji:**Ogółem do refundacji: |  |

Sporządził: .........................................................................

 (nazwisko imię)