

.....
(pieczęć firmowa pracodawcy)

.....
(miejscowość ,data)

**Powiatowy Urząd Pracy
w Czarnkowie**

WNIOSEK

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

Dotyczy zatrudnienia w okresie : do 6 miesięcy *) do 12 miesięcy *) do 24 miesięcy *)
Umowa nr z dnia

Na podstawie art. 51, 56, 59 lub art. 57 ustawy z dnia 20.04.2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jednolity Dz. U. z 2023 r. poz. 735) z tytułu zatrudnienia skierowanych bezrobotnych, prosimy o refundację :

- wynagrodzenie 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 , numer konta)

* niepotrzebne skreślić

.....
(Główny Księgowy , pieczętka i podpis)

.....
(Pracodawca , pieczętka i podpis)

Załączniki:

1. Rozliczenie finansowe
2. Kopia listy płac z potwierdzonym odbiorem wynagrodzenia
3. Kserokopia listy obecności
4. Kserokopia Deklaracji ZUS – DRA
5. Kserokopia dowodów wpłaty opłat ZUS
6. Kserokopia zwolnień lekarskich.

Kserokopie należy uwierzytelnić za zgodność odpisu z oryginałem.
(wniosek łącznie z rozliczeniem finansowym prosimy złożyć w 2 egzemplarzach)

.....
(Pieczęć firmowa pracodawcy)

Rozliczenie finansowe wynagrodzeń osób zatrudnionych w ramach prac interwencyjnych *), robót publicznych *)

za okres od **do**

Lp.	Nazwisko i imię zatrudnionego bezrobotnego	Wynagrodzenie brutto w zł	Koszty podlegające refundacji z Funduszu Pracy w zł		
			Wynagrodzenie	Składki na ubezpieczenie społeczne	Razem
1	2	3	4	5	6
Ogółem do refundacji : słownie złotych					
.....					

Ponadto informuję, że 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

Oświadczam, iż zostały odprowadzone składki na ubezpieczenia społeczne za zatrudnioną/e w ramach powyższej umowy osobę/y bezrobotną/e.

Uwagi:

Zwolniony dnia przyczyna zwolnienia

Przyjęty na czas nieokreślony dnia zgodnie z pozycją rozliczenia

.....
(opr. nazwisko i imię ; nr tel.)

.....
(Główny Księgowy; pieczętka i podpis)

.....
(Pracodawca; pieczętka i podpis)

*) niepotrzebne skreślić