.……………………………………………

 (miejscowość, data)

…………………………………….

 (pieczęć firmowa pracodawcy)

**Powiatowy Urząd Pracy**

 **w Lublińcu**

**WNIOSEK**

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

Na podstawie art. 51, 56, 59 ustawy z dn. 20.04.2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz zgodnie z umową numer ………………. zawartą w dniu …………………….. o organizację prac interwencyjnych, zwracam się o refundację:

- wynagrodzeń w kwocie …………..…...zł

- składki na ubezpieczenie społeczne

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

Ogółem kwota do refundacji ……………….zł

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

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

 (nazwa banku, nr rachunku)

………………………………………… ……………………………………

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

Załączniki:

 l. Rozliczenie finansowe.

1. Kopia listy płac z pokwitowaniem odbioru wynagrodzenia.
2. Kserokopia deklaracji ZUS DRA, RCA, RSA
3. Kserokopia przelewu lub innego dowodu opłacenia składki do ZUS.
4. Kserokopie zwolnień lekarskich (jeśli wystąpiły)
5. Kserokopia listy obecności za wnioskowany miesiąc

Dokumenty poz. 2-6 powinny być potwierdzone "za zgodność z oryginałem" przez upoważnionego pracownika.

 Załącznik nr 1 do "Wniosku o zwrot część i kosztów…………..")

………………………………...

 (pieczęć firmowa pracodawcy)

**Rozliczenie finansowe wynagrodzeń osób zatrudnionych w ramach pracy interwencyjnej**

**za okres od ……………….do ………..…………**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nazwisko i imię zatrudnionego w ramach prac  | Wynagrodzenie  | Wynagrodzenie refundowane dla  | Wpłata do ZUS  | Razem do  |
| Lp.  | interwencyjnych zgodnie z umową o pracę  | brutto  | pracodawcy z Funduszu Pracy  | .... % od rubr. 4  | refundacji  |
|  | od ..................... do .....................  | w zł  | w zł  | w zł  | Z FP w zł  |
|  |  |  |  |  |  |
| l  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Ogółem do refundacji: słownie złotych: …………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ponadto informuję, że niżej wymienieni pracownicy korzystali ze zwolnienia lekarskiego bądź urlopu bezpłatnego:  |  |  |
|  |  |  | Wynagrodzenie za czas  | Zasiłek  |  |  |
|  |  | Zwolnienie  | choroby (płatne z funduszu  | chorobowy  | Urlop  |
| Lp.  | Nazwisko i imię  | lekarskie  | pracodawcy)  | (płatny z ZUS)  | bezpłatny  |
|  |  | od-do  |  |  |  |  |  |  |  | od-do  |
|  |  | ilość dni  | kwota  | ilość dni  | kwota  |  |
|  |  |  | od-do  | w zł  | od-do  | w zł  |  |
| l  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  | 8  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **UWAGI:**  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  Zwolniony dnia.................................. przyczyna zwolnienia .................................................................................…… | ............................................................................................ |

**…………………………………………. …………………………………………**

(opr. Nazwisko i imię; nr tel.) (Pracodawca; pieczątka i podpis)