

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć firmowa pracodawcy)

POWIATOWY URZĄD PRACY
w Pruszkowie

WNIOSEK
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, art. 56, art. 59 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz zgodnie z zawartą w dniu

umową w sprawie organizowania i finansowania prac interwencyjnych nr....., prosimy o refundację:

- wynagrodzeń w kwocie: zł
- składek na ubezpieczenie społeczne od refundowanych wynagrodzeń w kwocie: zł

Ogółem do refundacji kwota zł (słownie:
.....).

Środki finansowe prosimy przekazać na rachunek : nazwa banku
numer konta:

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

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

Załączniki:

1. Rozliczenie finansowe
2. Kserokopia listy płac z potwierdzeniem odbioru wynagrodzenia (podpis lub przelew)
3. Kserokopia listy obecności
4. Kserokopia deklaracji ZUS DRA + ZUS RCA za miesiąc, w którym dokonano wypłaty wynagrodzenia, a w przypadku zwolnień lekarskich ZUS RSA oraz ZUS ZLA
(dokumenty drukowane w trybie Roboczym nie będą przyjmowane)
5. Dowody wpłat: ZUS za miesiąc w którym dokonano wypłaty wynagrodzenia

Uwaga

Wszystkie kserokopie załączników dołączone do wniosku muszą być potwierdzone za zgodność z oryginałem pieczętką firmową i imienną oraz podpisem pracodawcy

.....
(pieczęć firmowa pracodawcy)

Rozliczenie finansowe wynagrodzenia osób zatrudnionych w ramach prac interwencyjnych

za okres od dnia do dnia

Lp	Nazwisko i imię zatrudnionego w ramach prac interwencyjnych zgodnie z umową o pracę od do	Wynagrodzenie brutto w/g listy płac (w zł)	Wynagrodzenie do refundacji z Funduszu Pracy (bez wynagrodzenia za czas choroby) (w zł)	Składka do ZUS% od rubr. 4 (w zł)	Wynagrodzenie za czas choroby refundowane z Funduszu Pracy (w zł)	Razem do refundacji z Funduszu Pracy(4+5+6) (w zł)	
1	2	3	4	5	6	7	
Ogółem do refundacji słownie złotych							
Ponadto informuję, że niżej 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					
UWAGI:							
Zwolniony dnia, przyczyna zwolnienia:							
Po zakończeniu Prac Interwencyjnych zatrudniony na od dnia							

.....
(opr. nazwisko i imię, nr tel.)

.....
(Gł. księgowy, pieczętka i podpis)

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