Pieczęć Pracodawcy: …

Miejscowość i data: …, Kliknij lub naciśnij, aby wprowadzić datę.

**Powiatowy Urząd Pracy**

**w Pszczynie**

Wniosek

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

Zgodnie z zawartą umową w dniu Kliknij lub naciśnij, aby wprowadzić datę. nr … o zatrudnienie w ramach prac interwencyjnych, prosimy o refundację w kwocie: … zł

(słownie złotych: …)

**Środki finansowe prosimy przekazać:**

numer rachunku płatniczego:

…

w terminie 14 dni od dnia złożenia wniosku.

Pieczątka i podpis Pracodawcy: Wybierz element.

**Załączniki:**

1. Rozliczenie finansowe.
2. Lista obecności.
3. Lista płac z wyszczególnieniem wszystkich składników płac.
4. Potwierdzenie przelewu wynagrodzenia, a w przypadku wypłaty wynagrodzenia gotówką potwierdzenie odbioru wynagrodzenia.
5. Deklaracja rozliczeniowa ZUS DRA, imienny raport ZUS RCA, imienny raport ZUS RSA w przypadku wypłaconych świadczeń i przerw w opłacaniu składek oraz informacja o wysyłce do ZUS i potwierdzeniu.
6. Potwierdzenie przelewu/opłaty z tytułu należności składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne i Fundusz Pracy.

Pieczęć Pracodawcy: …

**Rozliczenie finansowe wynagrodzeń z tytułu zatrudnienia   
skierowanego(ych) bezrobotnego(ych) w ramach prac interwencyjnych**

**za okres od** **wprowadź datę** **do** wprowadź datę..

| Lp. | Nazwisko i imię | Wynagrodzenie brutto (zgodne z listą płac) wraz z wynagrodzeniem chorobowym | Suma składek na ubezpieczenia społeczne Płatnika składek (emerytalne + rentowe + wypadkowe) | Razem w zł  kol. 3 + 4 | Razem do refundacji w zł  (maksymalnie do wysokości zgodnie z § 2 ust. 1 Umowy) |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| … | … | … | … | … | … |
| … | … | … | … | … | … |
| … | … | … | … | … | … |
| … | … | … | … | … | … |

**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 | | Zasiłek chorobowy  (płatny z ZUS) | Urlop bezpłatny  od - do |
| ilość dni  od - do | kwota w zł | ilość dni  od - do |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| … | … | … | … | … | … | … |
| … | … | … | … | … | … | … |
| … | … | … | … | … | … | … |

Pieczątka i podpis Pracodawcy: Wybierz element.