……
(pieczątka pracodawcy)

Powiatowy Urząd Pracy
w Dębicy

W N I O S E K

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

za miesiąc ……..…….. **r.**

Na podstawie ustawy z dnia 20.04.2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jedn. - Dz. U z 2017 poz. 1065 z późn. zm.) oraz zgodnie z zawartą w dniu …… r. umową numer **UMPI/**…...**/**……..... o organizowanie prac interwencyjnych, wnioskuję o refundację:

- wynagrodzeń w kwocie: …… zł

- składek na ubezpieczenia społeczne
od refundowanych wynagrodzeń w kwocie: ……..…… zł

Ogółem do refundacji kwota: ...…….……..…… zł

Oświadczam, że warunki zawartej z Urzędem umowy o organizowanie prac interwencyjnych są przez Pracodawcę przestrzegane.

Środki finansowe proszę przekazać na rachunek bankowy: ……...……

□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□

……
/Pracodawca, podpis i pieczątka/

Załączniki do złożonego wniosku (uwierzytelnione kserokopie) powinny zawierać wyłącznie informacje, dane osobowe pracownika / pracowników zatrudnionych w ramach ww. umowy:

1. Rozliczenie finansowe (załącznik nr 1).
2. Kserokopia listy obecności.
3. Kserokopia listy płac wraz z potwierdzeniem odbioru wynagrodzenia przez pracownika.
4. Kserokopia deklaracji ZUS (DRA i raportu imiennego) wraz z dowodami wpłat składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne i Fundusz Pracy.
5. Oświadczenie dotyczące czasowej niezdolności do pracy skierowanego bezrobotnego.

UWAGA!
W przypadku wniosków niedokładnie lub nieczytelnie wypełnionych, Urząd wzywa Pracodawcę do usunięcia braków w wyznaczonym terminie.
Nieusunięcie tych braków spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania.

W przypadku przedłożenia kserokopii dokumentów każda strona powinna być potwierdzona za zgodność z oryginałem i opatrzona datą, pieczątką oraz podpisem Wnioskodawcy.

……

(pieczątka pracodawcy) **Załącznik nr 1 do Wniosku o zwrot**

Rozliczenie finansowe wynagrodzeń osób zatrudnionych w ramach prac interwencyjnych

za okres od …….. do …….

Lp.	Nazwisko i imię zatrudnionego w ramach prac interwencyjnych zgodnie z umową o pracę od ……..do ……..	Wynagrodzenie brutto w zł	Wynagrodzenie refundowane dla pracowników z Funduszu Pracy w zł	Wpłata do ZUS ….% od rubr.4 w zł	Razem do refundacji z FP w zł
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 (płatne z funduszu pracodawcy)		Zasiłek chorobowy (płatne z ZUS)		Urlop bezpłatny od - do
			Ilość dni od - do	Kwota w zł	Ilość dni od- do	Kwota w zł	

…….

(Pracodawca; pieczątka i podpis)