

(pieczęć firmowa pracodawcy) (miejscowość, data)

Wniosek należy złożyć

w Powiatowym Urzędzie Pracy **Starosta Przeworski**

w Przeworsku, ul. Jagiellońska 10

# 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, 56, 59 ustawy z dn. 20.04.2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2018r. poz. 1265 ze zm.) oraz zgodnie z umową zawarta w dniu ................................ o zorganizowanie zatrudnienia w ramach prac interwencyjnych, prosimy o refundację poniesionych kosztów za miesiąc ................,

* wynagrodzeń w kwocie PLN
* składki na ubezpieczenia społeczne od refundowanych

wynagrodzeń w rozumieniu art. 2 ust. 2 pkt 38 PLN

## **Ogółem do refundacji kwota .................................................PLN**

**(słownie złotych):**

Środki finansowe prosimy przekazać na konto :

(nazwa banku, nr rachunku)

(nazwa banku, nr rachunku)

.

\*) niepotrzebne skreślić

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

Załączniki:

1. Rozliczenie finansowe (załącznik nr 1)
2. Kopia listy obecności
3. Kopia listy **płac z pokwitowaniem** odbioru **wynagrodzenia**
4. Kopia deklaracji ZUS DRA.
5. Kserokopia raportu imiennego: (RCA, lub RMUA).
6. Kserokopia przelewu bankowego składki ZUS z adnotacją, że w opłaconych składkach ujęty jest pracownik w ramach refundacji.
7. Kserokopia przelewu bankowego podatku od wynagrodzeń z adnotacją, że w opłaconych składkach ujęty jest pracownik w ramach refundacji.
8. Kserokopia zwolnienia lekarskiego: L4 wraz z kserokopią ZUS – RSA

**Wszystkie załączniki należy potwierdzić za zgodność z oryginałem**

……………………………………. Załącznik nr 1 do „Wniosku o zwrot części kosztów….

(pieczęć firmowa pracodawcy)

**Rozliczenie finansowe wynagrodzeń osób zatrudnionych**

**w ramach pracy interwencyjnej**

**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 pracodawcy z Funduszu pracy w zł | Wypłata do\* ZUS …. % od rubr. 4 w zł | Razem do refundacji 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 (płatny z ZUS) | | Urlop bezpłatny  od-do |
| Ilość dni od-do | kwota w zł | Ilość dni od-do | kwota w zł |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**UWAGI:**

1. Pan/i …………………………… zwolniony dnia ………… r. przyczyna zwolnienia …………...

…….………….................

2. Pan/i …………………………… przyjęty na czas nieokreślony dnia ……………. r. zgodnie z pozycją rozliczania: ....……………….

……………………….. ………………………………….. ……………………………

(opr. nazwisko i imię; nr tel.) (Główny księgowy; pieczątka i podpis) (Pracodawca; pieczątka i podpis)

\*składki emerytalna, rentowa i wypadkowa ponoszona przez pracodawcę