



Opoczno, dnia \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Pieczęć Pracodawcy

**Powiatowy Urząd Pracy  
 w Opocznie**

RePI/20/.....  
 (wypełnia PUP)

**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 nr \_\_\_\_\_ w dniu \_\_\_\_\_

o zorganizowanie zatrudnienia w ramach prac interwencyjnych, prosimy o refundację za miesiąc \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_r.

**- wynagrodzeń** \_\_\_\_\_ zł

**- wynagrodzenie chorobowe** \_\_\_\_\_ zł

**- składki na ubezpieczenia społeczne  
 od refundowanych wynagrodzeń** \_\_\_\_\_ zł

**Ogółem do refundacji kwota** \_\_\_\_\_ zł

(słownie złotych: \_\_\_\_\_)

**Środki finansowe prosimy przekazać**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(nr rachunku)

\_\_\_\_\_  
 (nazwa banku)

w terminie **60 dni** od dnia złożenia kompletnego wniosku.

\_\_\_\_\_  
**(Podpis i Pieczęć Pracodawcy)**

Załączniki:

1. Kserokopia listy płac z pokwitowaniem odbioru wynagrodzenia, a w przypadku wypłaty wynagrodzenia w formie przelewu na konto osobiste dodatkowo potwierdzenie przelewu
2. Kserokopia listy obecności
3. Kserokopia deklaracji ZUS DRA
4. Kserokopia dowodu wpłaty składek ZUS
5. Kserokopie zwolnień lekarskich

**INFORMACJA:**

Na dokumentach składanych w kserokopiach powinna znajdować się adnotacja „za zgodność z oryginałem” z podpisem pracodawcy.

**Rozliczenie finansowe wynagrodzeń osób zatrudnionych w ramach prac interwencyjnych**  
za okres od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_

Lp.	Nazwisko i imię zatrudnionego w ramach prac interwencyjnych	Wynagrodzenie brutto w zł	Wynagrodzenie refundowane dla pracodawcy w zł	Wpłata do ZUS _____% od rubr.4w zł	Razem do refundacji 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)		Zasilek 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	4	5	6	7	8

**UWAGI**

Zwolniony dnia \_\_\_\_\_ przyczyna zwolnienia \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Podpis Pieczętka Pracodawcy)