



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

Piecątka Pracodawcy

**Powiatowy Urząd Pracy  
w Opocznie**

**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**

|                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|

(nr rachunku)

(nazwa banku)

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

(Podpis i Pieczęć Pracodawcy)

Załączniki:

1. Kopia 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 DRA
4. Kserokopia dowodu wpłaty 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.4 w zł | Razem do refundacji w zł |
|--|---|---------------------------|---|-------------------------------------|--------------------------|
| 1  | 2   | 3                         | 4   | 5                                   | 6                        |
|  |   |                           |   |                                     |                          |
|  |   |                           |   |                                     |                          |
|  |   |                           |   |                                     |                          |
|  |   |                           |   |                                     |                          |
|  |   |                           |   |                                     |                          |
|  |   |                           |   |                                     |                          |
|  |   |                           |   |                                     |                          |
|  |   |                           |   |                                     |                          |
|  |   |                           |   |                                     |                          |
| <b>Ogółem do refundacji: słownie złotych _____</b> |   |                           |   |                                     |                          |

| <b>Ponadto informuję, że niżej wymienieni pracownicy korzystali ze zwolnienia lekarskiego bądź urlopu bezpłatnego:</b> |                 |                              |  |            |                                  |            |                          |
|--|-----------------|------------------------------|--|------------|----------------------------------|------------|--------------------------|
| Lp.  | Nazwisko i imię | Zwolnienie lekarskie od - do | Wynagrodzenie za czas choroby (płatne z funduszu pracodawcy) |            | Zasilek chorobowy (płatny z ZUS) |            | Urlopu 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                        |
|  |                 |                              |  |            |                                  |            |                          |
|  |                 |                              |  |            |                                  |            |                          |
|  |                 |                              |  |            |                                  |            |                          |
|  |                 |                              |  |            |                                  |            |                          |
|  |                 |                              |  |            |                                  |            |                          |
|  |                 |                              |  |            |                                  |            |                          |
| <b>UWAGI</b>   |                 |                              |  |            |                                  |            |                          |
| Zwolniony dnia _____ przyczyna zwolnienia _____  |                 |                              |  |            |                                  |            |                          |
| _____<br><b>(Podpis i Pieczętka Pracodawcy)</b>  |                 |                              |  |            |                                  |            |                          |