

Opoczno, dnia _____

Pieczętka 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

□□	□□□□	□□□□	□□□□	□□□□	□□□□	□□□□
----	------	------	------	------	------	------

(nr rachunku)

(nazwa banku)

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

(Podpis i Pieczętka 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.



**Beneficjent
Powiatowy Urząd Pracy
w Opocznie**

Projekt:

„Aktywizacja osób po 29 roku życia pozostających bez pracy
w powiecie opoczyńskim (V)”

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)		siłek 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)