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

pieczątka Pracodawcy

**Powiatowy Urząd Pracy**

**w Opocznie**

**RePI/25/……….**

*(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 pieczątka 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. Deklaracja rozliczeniowa ZUS DRA
4. Dowód wpłaty składek ZUS
5. Wydruk zwolnienia lekarskiego

***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 | Wynagrodzenie chorobowe refundowane dla pracodawcy w zł | Razem do refundacji w zł |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **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 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **UWAGI**  Zwolniony dnia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ przyczyna zwolnienia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ***(podpis i pieczątka Pracodawcy)*** | | | | | | | |