POWIATOWY URZĄD PRACY W ŚWIDNIKU
Centrum Aktywizacji Zawodowej
Aleja Lotników Polskich 1
21-045 Świdnik
tel. 81 461 35 02, fax 81 461 35 98

.....
(Pieczątka firmy)

POWIATOWY URZĄD PRACY
w Świdniku

WNIOSEK
o zwrot kosztów poniesionych w związku z zatrudnianiem bezrobotnych na pracach interwencyjnych

Na podstawie art. 51,56,59 ustawy z dnia 20.04.2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2023 roku, poz. 735) zgłaszamy wniosek o refundację kosztów poniesionych w związku z pracami interwencyjnymi.

Wniosek dotyczy umowy numer ..... zawartej w dniu .....
za **miesiąc/rok ……..** z tego na:

- wynagrodzenie refundowane dla pracodawcy w kwocie …… zł

- wynagrodzenie za czas choroby
  od refundowanego wynagrodzenia w kwocie ……. zł

- składki na ubezpieczenia społeczne
  od refundowanych wynagrodzeń w kwocie ……..…… zł

Ogółem do refundacji kwota ……..…… zł

Środki finansowe prosimy przekazać ……
(nazwa banku, nr rachunku)
w terminie 30 dni od otrzymania niniejszego wniosku.

Oświadczam, iż od wynagrodzenia dla osoby/osób zatrudnionej/ych na podstawie umowy nr ……..…...
z dnia ……. o organizację prac interwencyjnych odprowadzono składki na ubezpieczenia społeczne.

....
(Główny księgowy) (Pieczątka i podpis pracodawcy)

Załączniki:

- kopie listy płac wraz potwierdzeniem odbioru wynagrodzenia lub dowód przekazania wynagrodzenia na konto pracownika,
- kopie listy obecności,
- kopie zwolnień lekarskich oraz raport RSA,
- deklaracja rozliczeniowa ZUS DRA,
- kopia imiennego raportu dla osoby ubezpieczonej (ZUS RCA),
- kopie polecenia przelewu składek ZUS z deklaracją ZUS DRA

Wyżej wymienione dokumenty powinny być potwierdzone za zgodność z oryginałem.

Rozliczenie finansowe wynagrodzeń osób zatrudnionych w ramach prac interwencyjnych za okres od…… do…….

Lp.	Imię i nazwisko bezrobotnego	Wynagrodzenie brutto wg. listy płac	Wynagrodzenie refundowane dla pracodawcy	Składka ZUS ……% od rubr. 4 w zł	Wynagrodzenie refundowane za czas niezdolności do pracy (płatne z Funduszu Pracodawcy)		Zasiłek chorobowy / opiekuńczy / inny/ płatny z ZUS (Ilość dni)	Urlop bezpłatny (od-do) lub inna niepłatna nieobecność usprawiedliwiona	Ogółem do refundacji (rubr. 4+5+7)
					Ilość dni …. od … do….	Kwota w zł			
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**
1.			zł	zł		zł			zł
2.			zł	zł		zł			zł
3.			zł	zł		zł			zł
4.			zł	zł		zł			zł
5.			zł	zł		zł			zł
6.			zł	zł		zł			zł
7.			zł	zł		zł			zł
		Razem:	zł	zł		zł			zł
Ogółem do refundacji (słownie):……..									

UWAGI:
Imię i nazwisko …… zwolniony (a) dnia ……..
Przyczyna zwolnienia ……..
Przyjęty na czas nieokreślony dnia ……..

……
(Pieczątka i podpis pracodawcy)