** POWIATOWY URZĄD PRACY W ŚWIDNIKU**

**Centrum Aktywizacji Zawodowej**

**Al. 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** |
|  |  |  | zł | zł |  | zł |  |  | zł |
|  |  |  | zł | zł |  | zł |  |  | zł |
|  |  |  | zł | zł |  | zł |  |  | zł |
|  |  |  | zł | zł |  | zł |  |  | zł |
|  |  |  | zł | zł |  | zł |  |  | zł |
|  |  |  | zł | zł |  | zł |  |  | zł |
|  |  |  | 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)