

.....  
(pieczęć firmowa pracodawcy)

.....  
(miejsowość, data)

## WNIOSEK

### **o zwrot części kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody i składki na ubezpieczenie społeczne za skierowanych bezrobotnych zatrudnionych w ramach prac interwencyjnych**

Na podstawie art. 51 ustawy z dn. 20.04.2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz zgodnie z zawartą umową nr ..... w dniu ..... o zorganizowanie zatrudnienia w ramach prac interwencyjnych, prosimy o refundację:

- wynagrodzeń w kwocie.....zł.
  - składki na ubezpieczenie społeczne od refundowanych wynagrodzeń w kwocie .....zł.
- Ogółem do refundacji kwota.....zł.

(słownie złotych: .....)

Środki finansowe prosimy przekazać .....  
(nazwa banku, nr rachunku)

w terminie 30 dni od otrzymania niniejszego wniosku.

.....  
(Główny Księgowy, pieczętka i podpis)

.....  
(Pracodawca, pieczętka i podpis)

Załączniki:

1. Rozliczenie finansowe
2. Kopia listy płac z pokwitowaniem odbioru wynagrodzenia
3. Kserokopia listy obecności
4. Kopia deklaracji rozliczeniowej ZUS DRA z potwierdzeniem wpłat – kopie przelewów
5. Potwierdzenie wpłaty zaliczki na podatek dochodowy od osób uzyskujących przychody ze stosunku pracy
6. Kserokopie zwolnień lekarskich.

Dokumenty składane w kserokopii muszą być potwierdzone „za zgodność z oryginałem”

.....  
(pieczęć firmowa pracodawcy)

(Załącznik nr 1 do „Wniosku o zwrot części kosztów...”)

**Rozliczenie finansowe wynagrodzeń osób zatrudnionych w ramach pracy interwencyjnej  
za okres od ..... do .....**

| Lp.  | Nazwisko i imię zatrudnionego w ramach prac interwencyjnych zgodnie z umową o pracę | 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                        |
|  |   |                           |   |                                 |                          |
|  |   |                           |   |                                 |                          |
|  |   |                           |   |                                 |                          |
|  |   |                           |   |                                 |                          |
|  |   |                           |   |                                 |                          |
|  |   |                           |   |                                 |                          |
| 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 .....  
przyjęty na czas nieokreślony dnia ..... zgodnie z pozycją rozliczenia: .....

.....  
(opr. nazwisko i imię; nr tel.)

.....  
(Główny Księgowy; pieczętka i podpis)

.....  
(Pracodawca; pieczętka i podpis)