

.....
(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 (tekst jednolity Dz. U. 2019 r., poz. 1482) 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 kwociezł.
- 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, pieczęć i podpis)

.....
(Pracodawca, pieczęć 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)		Zasilek 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)