

.....
(miejscowość, dnia)

.....
(pieczęć wnioskodawcy)

**Powiatowy Urząd Pracy
w Krotoszynie**

W N I O S E K

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

Na podstawie art. 51 ustawy z dnia 20.04.2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t. j. Dz. U. z 2024 r., poz. 475 ze zm.) oraz zgodnie z zawartą w dniu.....umową nro zorganizowanie zatrudnienia w ramach prac interwencyjnych, składam wniosek o wypłatę dofinansowania za niżej wymienione osoby bezrobotne

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

Imię i nazwisko skierowanego bezrobotnego	Wysokość wynagrodzenia brutto	Wysokość wynagrodzenia podlegającego dofinansowaniu (bez wyn. za czas choroby)	% składki na ubezp. społ	Kwota składki na ubezp. społ.	Wynagrodzenie za czas choroby	Ogółem do wypłaty w ramach refundacji
1	2	3	4	5	6	7
Razem:						

Nazwa banku i nr rachunku, na które prosimy przekazać środki finansowe:

.....
.....

Oświadczam, iż podane powyżej informacje są zgodne ze stanem faktycznym.

.....
(podpis i pieczęć imienna Pracodawcy)

Załączniki:

1. kopia listy płac,
2. kopia listy obecności,
3. kopia zwolnień lekarskich (w przypadku wystąpienia) wraz z deklaracją ZUS RSA za skierowanego bezrobotnego oraz raportem o wysyłce i potwierdzeniu dostarczenia deklaracji,
4. kopia imiennego raportu miesięcznego o należnych składkach i wypłaconych świadczeniach (RCA) lub kopią raportu miesięcznego dla osoby ubezpieczonej (RMUA) potwierdzającego opłacenie składek na ubezpieczenia społeczne za osobę zatrudnioną w ramach dofinansowania wraz z raportami o wysyłce i potwierdzeniu dostarczenia w/w dokumentów,
5. kopia deklaracji ZUS DRA oraz raportem o jej wysyłce i potwierdzeniu dostarczenia,
6. potwierdzenie zapłaty za składki na ubezpieczenie społeczne, zdrowotne, FP i FGŚP,
7. potwierdzenie zapłaty miesięcznej zaliczki na podatek dochodowy od wypłaconych wynagrodzeń.
8. kopia świadectwa pracy*).

*) dot. przypadków wcześniejszego rozwiązania umów o pracę i porzucenia pracy przez bezrobotnego.

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.....

Oświadczam, iż podane powyżej informacje są zgodne ze stanem faktycznym.

.....
 (opr. Nazwisko i imię, nr tel.)

.....
 (pieczętka i podpis Głównego Księgowego)

.....
 (pieczętka i podpis Pracodawcy)