…………………………………..

 (miejscowość, data)

…………………………………..

 (pieczęć firmowa wnioskodawcy)

**Powiatowy Urząd Pracy
ul. Jagiellońska 21**

**48-200 Prudnik**

**WNIOSEK**

**o zwrot kosztów w związku z zatrudnieniem bezrobotnych w ramach**

**prac interwencyjnych za miesiąc ……………………**

Stosownie do postanowień ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia
i instytucjach rynku pracy (tj. Dz. U. z 2024 r., poz. 475 z późn.zm.) oraz rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 24 czerwca 2014 r. w sprawie organizowania prac interwencyjnych
i robót publicznych oraz jednorazowej refundacji kosztów z tytułu opłaconych składek na ubezpieczenia społeczne (Dz. U. z 2024 r., poz. 952 ) zgłaszamy wniosek o refundację kosztów poniesionych
w związku z pracami interwencyjnymi.

Wniosek dotyczy umowy numer ……………..… zawartej w dniu ……………………..

Prosimy o refundację części wydatków poniesionych na:

* wynagrodzenie dla …….. bezrobotnego (ych) w wysokości ……………………
* składki na ubezpieczenie społeczne od ww. kwoty w wysokości ……………………
* **OGÓŁEM** **do refundacji**  …………………...

(słownie: ………………………………………………………………………………...…)

Ww. kwotę proszę przekazać na nasze konto bankowe

Nr.

………………………………….. …………………………………..

 Główny Księgowy Pracodawca

**Załączniki:**

* rozliczenie finansowe,
* uwierzytelnione kopie list płac wraz z pokwitowaniem odbioru wynagrodzenia,
* kserokopie list obecności,
* kserokopie zwolnień lekarskich,
* dowód odprowadzenia składki na ubezpieczenie społeczne, FP (51,52,53), DRA.

**ROZLICZENIE FINANSOWE WYNAGRODZEŃ**

**PRAC INTERWENCYJNYCH**

**za okres od ……….……… do…………………..**

**w ramach zawartej umowy z dnia ………………….. nr ………………..**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Zatrudnionydnia | Zwolnionydnia | Wynagrodz-enie brutto | Wynagrodzenie na czas niezdolności do pracy od…..do….. | Kwota wynagrodzenia chorobowego |  Dni nieprzepracowane od….do…(z wyłączeniem rubryki 6) | Wynagrodzenie do refundacji | Wynagrodzenie za czas choroby | ZUS……(od rubr.9) | Ogółem do refundacjirubr.9+10+11 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Ogółem do refundacji:** |  |  |  |  |

Wynagrodzenie za czas niezdolności do pracy, zasiłek chorobowy wypłacił: **zakład pracy, ZUS** *(podkreślić odpowiednio)*

……..…………………………………… …………………………………………. …………………………….……………

 Podpis i telefon osoby sporządzającej Główny Księgowy Właściciel, Dyrektor, Prezes

 (pieczątka i podpis)