



.....
(miejsowość, 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	Zatrudniony dnia	Zwolniony dnia	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 refundacji rubr.9+10+1 1
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
(pieczętka i podpis)