

**POWIATOWY URZĄD PRACY  
W STRZYŻOWIE**

**38-100 Strzyżów, ul. Daszyńskiego 2**

(pieczęć firmowa pracodawcy)

(wniosek aktualny od **15.01.2024 r**.)

|  |
| --- |
| **DATA WPŁYWU:** |

**W N I O S E K**

**o refundację części kosztów wynagrodzenia pracowników zatrudnionych w ramach prac interwencyjnych za miesiąc**

Na podstawie umowy Nr zawartej w dniu r. na okres od

r. do r. w sprawie organizacji i finansowania prac interwencyjnych dla bezrobotnych skierowanych przez Powiatowy Urząd Pracy, zwracam się o refundację ze środków Funduszu Pracy części wynagrodzenia poniesionego na:

* wynagrodzenie w kwocie: zł
* wynagrodzenie za okres choroby w kwocie: zł
* składki na ubezp. społeczne od refundowanego wynagrodzenia w kwocie: zł

**Ogółem do refundacji kwota: zł**

(słownie złotych):

Środki finansowe prosimy przekazać na:

(nazwa banku i numer rachunku pracodawcy)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Jednocześnie oświadczam, że wynagrodzenie za rozliczany we wniosku okres zostało wypłacone pracownikom zatrudnionym w ramach prac interwencyjnych, należne składki od wynagrodzenia zostały odprowadzone w pełnej wysokości za wskazane do refundacji osoby, a warunki zawarte w umowie w sprawie prac interwencyjnych, na podstawie której wnioskowana jest niniejsza refundacja są przestrzegane na dzień składania tego wniosku.

(miejscowość, data) (Gł. Księgowy, pieczątka i podpis) (Pracodawca, pieczątka i podpis)

**Załączniki:**

1. **Rozliczenie finansowe wynagrodzeń osób zatrudnionych w ramach prac interwencyjnych – załącznik nr 1.**
2. **Kopia listy płac z pokwitowaniem odbioru wynagrodzenia lub przelewem na konto osobiste.**
3. **Kopia listy obecności.**
4. **Kopia deklaracji ZUS - DRA, RCA.**
5. **Dowód wpłaty składek ZUS.**
6. **Kopie zwolnień lekarskich oraz kopia deklaracji RSA.**

Wyżej wymienione załączniki powinny być potwierdzone za **zgodność z oryginałem.**

**Rozliczenie finansowe wynagrodzeń osób zatrudnionych** **w ramach prac interwencyjnych za miesiąc**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię | Okres trwania umowy o pracę  od - do | Wynagrodzenie **brutto** będące podstawą składki emerytalnej  (**wg. listy płac**  **Pracodawcy)** | Zwolnienie lekarskie  od - do | **Wynagrodzenie chorobowe zgodnie z umową z PUP** | Kwota refundacji zgodnie z umową z PUP **bez chorobowego** | **Składka ZUS …………. % (od rubryki 7)** (emerytalna, rentowa, wypadkowa**)** | **Ogółem do refundacji rubr. 6 + 7 + 8** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM :** | | | | |  |  |  |  |

**Informacja nt. korzystania przez pracowników objętych refundacją ze zwolnienia lekarskiego, urlopu bezpłatnego i itp.:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię | Zwolnienie lekarskie  od - do | Wynagrodzenie chorobowe płatne z Funduszu Zakładu Pracy (kwota z ZUS RSA) | | Zasiłek chorobowy  płatny z ZUS | | Urlop bezpłatny  od - do |
| Liczba dni  od - do | Kwota w zł | Liczba dni  od - do | Kwota w zł |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| UWAGI: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  zwolniony dnia ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  Przyczyna zwolnienia ……………………….………………………………………………………………………………………………………………….……………………  Przyjęty na czas nieokreślony dnia ..………………………………………………………………………………….…………………………………………………………….. | | | | | | | |

(imię i nazwisko, tel. osoby sporządzającej) (pieczątka i podpis Pracodawcy)