

Powiatowy Urząd Pracy

w Polkowicach

………………………………..

……………………………….. (miejscowość, data)

(pieczęć firmowa pracodawcy)

**Powiatowy Urząd Pracy**

 **w Polkowicach**

WNIOSEK

o zwrot części kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody i składki na ubezpieczenie społeczne za skierowanego bezrobotnego zatrudnionego w ramach prac interwencyjnych

 W nawiązaniu do umowy nr …………………..z dnia……………………

o zorganizowanie zatrudnienia w ramach prac interwencyjnych,

 **wnioskuję o refundacje za m-c**………………………

* wynagrodzeń w kwocie …………………..zł
* składki na ubezpieczenie społeczne od

 refundowanych wynagrodzeń w kwocie …………………..zł

**Ogółem do refundacji kwota** …………………..zł

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

Środki finansowe prosimy przekazać na konto w banku………………………………….................................

nr \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

Oświadczam, że informacje zawarte we wniosku i załączonych do niego dokumentach są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

Jednocześnie nadmieniam, że warunki zawartej umowy są przez pracodawcę przestrzegane.

 ……………………………………. …….…………………………

(główny księgowy, pieczątka i podpis) (pracodawca, pieczątka i podpis)

 Załączniki:

1. Kopia listy płac z pokwitowaniem odbioru wynagrodzenie,
2. Kserokopia listy obecności potwierdzona za zgodność z oryginałem,
3. Kserokopia deklaracji ZUS DRA, dowody wpłaty do ZUS potwierdzone za zgodność z oryginałem,
4. Kserokopie zwolnień lekarskich, wniosków o urlop wypoczynkowy lub urlop bezpłatny potwierdzone za zgodność z oryginałem,

5. Kserokopią świadectwa pracy ( dotyczy przypadków rozwiązania umowy o pracę ),

6. Rozliczenie finansowe.

**Wszystkie kserokopie wymaganych załączników muszą być**

**poświadczone za zgodność z oryginałem.**

**Rozliczenie finansowe wynagrodzeń z tytułu zatrudnienia skierowanych bezrobotnych**

**za okres od ……………….do………………..**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.**  | **Nazwisko i imię** | **Data** **zatrudnienia** | **Wynagrodzenie brutto** | **Czas, za który przysługuje pracownikowi prawo do wynagrodzenia (ilość dni kalendarzowych)\*** | **Wynagrodzenie refundowane dla pracodawcy z Funduszu Pracy w zł** | **Wpłata do ZUS……%****(od rubr.5) w zł** | **Razem do refundacji** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**\*ilość dni kalendarzowych powinna być pomniejszona o: okres nie objęty umową o pracę, okres urlopu bezpłatnego, okres nieprzepracowany z winy pracownika, okres pobierania wynagrodzenia chorobowego oraz zasiłku chorobowego i opiekuńczego wypłaconego ze środków FUS**

**Ogółem do refundacji kwota** …………………………..zł

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

**Ponadto informuję, że niżej wymienieni pracownicy korzystali ze zwolnienia bądź urlopu bezpłatnego:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię | **Zwolnienie lekarskie****od-do** | Wynagrodzenie za czas choroby (**płatne z funduszu pracodawcy**) | Zasiłek chorobowy(**płatny z ZUS**) | **Urlop bezpłatny****od-do** |
| ilość dniod-do | kwota zł | Ilość dni od-do | kwota w zł |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

…………………......……… ………………………… …………………

(opracował-nazwisko, imię, nr tel.) (główny księgowy) (pracodawca)