

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(pieczęć Pracodawcy)

## Powiatowy Urząd Pracy w Białobrzegach

### WNIOSEK

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

Stosownie do postanowień art. 51, 56, 59 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2023 r. poz. 735 z późn. zm.) zgłaszamy wniosek o refundację kosztów poniesionych w związku z pracami interwencyjnymi

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

- wynagrodzenie ..... zł
- wynagrodzenie za czas chorobowy ..... zł
- składki na ubezpieczenie społeczne od refundowanego wynagrodzenia ..... zł

Ogółem do refundacji ..... zł

słownie .....

Środki finansowe prosimy przekazać: .....  
(nazwa banku, nr rachunku bankowego)

.....  
(pieczętka i podpis głównego księgowego)

.....  
(pieczętka i podpis Pracodawcy)

#### Załączniki:

1. Rozliczenie finansowe za miesiąc ..... r.
2. Kserokopia listy płac z datą wypłaty oraz pokwitowaniem odbioru wynagrodzenia lub kopią przelewu wynagrodzenia na rachunek bankowy \*)
3. Kserokopia listy obecności \*)
4. Imienny raport miesięczny o należnych składkach i wypłaconych świadczeniach ZUS P RCX (RCA) \*)
5. Imienny raport miesięczny o wypłaconych świadczeniach i przerwach w opłaceniu składek ZUS P RSA\*)
6. Deklaracja ZUS P DRA \*)
7. Kserokopia dowodu wpłat składek ZUS \*)
8. Kserokopie zwolnień lekarskich \*)

\*) potwierdzone za zgodność z oryginałem.

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

Lp.	Nazwisko i imię bezrobotnego zatrudnionego w ramach prac interwencyjnych	Wydatki poniesione przez Pracodawcę			Refundacja			
		Wynagrodzenie brutto	Wynagrodzenie za czas choroby	Składki ZUS	Wynagrodzenie	Wynagrodzenie za czas choroby	Składki ZUS – od poz. 6	Razem do refundacji – poz. 6-8
1	2	3	4	5	6	7	8	9
							Ogółem:	

Ponadto informuję, iż niżej wymienieni pracownicy korzystali ze zwolnienia lekarskiego bądź z 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 dni od - do	Kwota w zł.	Ilość dni od – do	Kwota w zł	
1	2	3	4	5	6	7	8

Uwagi:

**Osoby zwolnione:**

1/ Nazwisko i imię .....

2/ Zwolniony dnia .....

3/ Przyczyna zwolnienia .....

**Osoby przyjęte po zakończonej umowie o prace interwencyjne**

1/ Nazwisko i imię .....

2/ Przyjęty na czas określony/nieokreślony od dnia .....

.....  
(imię i nazwisko sporządzającego wniosek)

.....  
(pieczętka i podpis głównego księgowego)

.....  
(pieczętka i podpis Pracodawcy)