



Fundusze Europejskie
dla Podkarpacia



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



PODKARPACKIE
przestrzeń otwarta

Powiatowy Urząd Pracy w Nisku

.....
(pieczęć pracodawcy)

.....
miejsowość, data

WNIOSEK

**O zwrot części kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody i składki na ubezpieczenie społeczne za skierowanych bezrobotnych zatrudnionych w ramach prac interwencyjnych
za miesiąc.....**

Na podstawie ustawy z dn. 20.04.2004r o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2024r. poz. 475) oraz zgodnie z zawartą umową w dniu.....
Nr.....

o organizowanie zatrudnienia w ramach prac interwencyjnych, realizowana w ramach projektu niekonkurencyjnego pt.: „Aktywizacja osób bezrobotnych z powiatu niżańskiego (II)”, realizowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+), Działanie 7.1 – Aktywizacja zawodowa osób pozostających bez pracy w ramach programu Fundusze Europejskie dla Podkarpacia 2021-2027

prosimy o refundację:

- wynagrodzeń w kwocie zł
- składki na ubezpieczenie społeczne od refundowanych wynagrodzeń w kwocie zł
- wynagrodzenie za czas choroby zł
Ogółem do refundacji kwota zł
(słownie złotych)

Środki finansowe prosimy przekazać
(nazwa banku, nr rachunku)

.....
(Główny Księgowy, pieczętka i podpis)

.....
(Pracodawca, pieczętka i podpis)

Załączniki: x 1 komplet

1. Rozliczenie finansowe 2 egzemplarze
2. Wniosek o zwrot kosztów 2 egzemplarze
3. Kopia listy płac z pokwitowaniem odbioru wynagrodzenia.
4. Kserokopia listy obecności.
5. Kserokopia DRA oraz deklaracja imienna osoby (ób) skierowanej (ych) na prace interwencyjne
6. Kserokopia przelewów do ZUS
7. Kserokopia zwolnień lekarskich

- **Wszystkie składane kserokopie muszą być potwierdzone za zgodność z oryginałem.**

Rozliczenie finansowe wynagrodzeń osób zatrudnionych w ramach prac interwencyjnych

za okres od.....do

.....
(pieczęć firmowa pracodawcy)

Lp.	Nazwisko i imię zatrudnionego w ramach prac interwencyjnych zgodnie z umową o pracę Od.....do	Wynagrodzenie brutto w zł	Wynagrodzenie refundowane dla pracodawcy z Funduszu Pracy	Wpłata do ZUS.....% od rub.4w zł	Razem do refundacji
	2	3	4	5	6
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
Ogółem do refundacji : 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 dni od-do	Kwota w zł	Ilość dni od-do	Kwota w zł	
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							

UWAGI:

Zwolniony dniaprzyczyna zwolnienia

Przyjęty na czas nieokreślony dniazgodnie z pozycją rozliczenia

.....
(opr. nazwisko i imię ; nr tel)

.....
(główny Księgowy; pieczętka i podpis)

.....
(Pracodawca ; pieczętka i podpis)