



## 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 2018r.poz.1265 z późn. zm. ) oraz zgodnie z zawartą umową w dniu..... Nr.....  
o organizowanie zatrudnienia w ramach prac interwencyjnych, realizowana w ramach projektu pozakonkursowego pt.: „Aktywizacja osób młodych pozostających bez pracy w powiecie nizańskim (IV)” realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój, Poddziałanie 1.1.2 **Wsparcie udzielane z Inicjatywy na rzecz zatrudnienia ludzi młodych**

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	
	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							

**UWAGI:**

Zwolniony dnia .....przyczyna zwolnienia .....

Przyjęty na czas nieokreślony dnia .....zgodnie z pozycją rozliczenia :.....

.....  
(opr. nazwisko i imię ; nr tel)

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

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