**WNIOSEK NALEŻY WYPEŁNIĆ CZYTELNIE BEZ UŻYCIA KOREKTORA CZARNYM BĄDŹ NIEBIESKIM KOLOREM**

**KAŻDĄ POPRAWKĘ NALEŻY ZAPARAFOWAĆ**

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

(pieczęć firmowa Pracodawcy) (miejscowość, data)

**Powiatowy Urząd Pracy**

**dla Powiatu Nowosądeckiego**

# WNIOSEK

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

Na podstawie art. 51, 56 i 59 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2023 r., poz. 735) oraz zgodnie z umową Nr UMPI/ . . . . . ./ . . . . . . . . . o zorganizowanie prac interwencyjnych zawartą w dniu . . . . . . . . . . . . . . . proszę o refundację:

- wynagrodzeń w kwocie: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

- składek na ubezpieczenie społeczne od refundowanych wynagrodzeń . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

- ogółem kwota refundacji: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

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

Środki finansowe prosimy przekazać na firmowe konto. . . . . . . . . . . . . . .. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

(nazwa banku, nr rachunku bankowego firmowego)

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

(sporządził, pieczątka i podpis) (Pracodawca, pieczątka i podpis)

***Załączniki:***

1. Rozliczenie finansowe wynagrodzeń osób zatrudnionych w ramach prac interwencyjnych (załącznik nr 1)
2. Uwierzytelniona kserokopia listy płac z potwierdzeniem odbioru wynagrodzenia (podpis pracownika na liście płac lub elektronicznie potwierdzenie przelewu)
3. Uwierzytelnione kserokopie deklaracji ZUS (DRA oraz RCA, RSA) z potwierdzeniem przesłania do ZUS
4. Dowód wpłaty składek na ZUS
5. Druk ZLA (w sytuacji , gdy wynagrodzenie za czas choroby finansowane było przez pracodawcę w wysokości 100%)
6. Oświadczenie o braku podwójnego finansowania lub o otrzymaniu dofinansowaniaoraz o braku istnienia powiązań z osobami lub podmiotami względem których stosowane są środki sankcyjne w celu przeciwdziałania wspierania agresji Federacji Rosyjskiej na Ukrainę.

***Wszystkie załączniki należy składać w formie czytelnych kserokopii potwierdzonych za zgodność z oryginałem***

Załącznik nr 1

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

(pieczęć firmowa Pracodawcy)

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię zatrudnionego w ramach prac interwencyjnych | Wynagrodzenie brutto w zł /zgodnie z listą płac/ | Wynagrodzenie refundowane Pracodawcy z Funduszu Pracy w zł | Składka ZUS refundowana Pracodawcy z Funduszu Pracy w zł | Razem do refundacji z Funduszu Pracy w zł |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | Ogółem do refundacji słownie złotych: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | | | |  |

Jeżeli wymienieni pracownicy korzystali ze **zwolnienia lekarskiego** lub **urlopu bezpłatnego**bądź **innej przerwy w zatrudnieniu** proszę o wypełnienie poniższej tabeli:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię | Zwolnienie lekarskie  od— do | Wynagrodzenie za czas choroby (płatne z funduszu Pracodawcy) | | Zasiłek  (płatny przez ZUS) | Urlop bezpłatny lub inna przerwa w zatrudnieniu  od — do |
| ilość dni  od -do | kwota  w zł | ilość dni  od — do |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Jednocześnie oświadczam, że opłaciłem/am podatek z tytułu zatrudnienia pracownika (PIT-4) oraz należne składki  
na PPK za refundowany miesiąc (jeżeli dotyczy).

**UWAGA:** Zwolniony ……………………………………………… dnia ……………………….

(imię i nazwisko pracownika)

przyczyna zwolnienia ……………………………………………………………………...

***Wiarygodność informacji podanych we wniosku i załączonych do niego dokumentów potwierdzam własnoręcznym podpisem.***

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

(sporządził. nazwisko i imię; nr tel.) (Pracodawca; pieczątka i podpis)