

(pieczęć firmowa pracodawcy)



**Powiatowy Urząd Pracy
w Łobzie**

W N I O S E K

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

za okres od do

stosownie do postanowień art. 51, art. 56, art. 59 oraz art. 108 ust. 1 pkt. 16 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz.U. z 2024 r. poz. 475 ze zm.) i rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 24 czerwca 2014 r. w sprawie organizowania prac interwencyjnych i robót publicznych oraz jednorazowej refundacji kosztów z tytułu opłaconych składek na ubezpieczenie społeczne (Dz.U. z 2024 r. poz. 952 ze zm.)

oraz zgodnie z umową nr zawartą w dniu
zwracam się o refundację:

- wynagrodzeń - zł
- wynagrodzeń za czas choroby - zł
- składki na ZUS _____ % - zł
- Ogółem kwota do refundacji - zł**

(słownie złotych:)

Środki finansowe prosimy przekazać
(nazwa banku)

Oświadczam, iż od wynagrodzenia za osobę/y zatrudnioną/e w ramach prac interwencyjnych zostały odprowadzone składki na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne i zaliczka na podatek dochodowy.

.....
(opr. nazwisko i imię, nr tel.)

.....
(Gł. Księgowy pieczęć i podpis)

.....
(Pracodawca pieczęć i podpis)

Załączniki:

1. Kserokopia **listy płac potwierdzona za zgodność z oryginałem** z pokwitowaniem odbioru wynagrodzenia na liście płac lub potwierdzeniem dokonania przelewu na ROR.
2. Kserokopia **listy obecności potwierdzona za zgodność z oryginałem.**
3. Kserokopia deklaracji **ZUS DRA**, za miesiąc w którym nastąpiła wypłata **wraz z potwierdzeniem opłacenia składek na ZUS**, zgodne z okazanym ZUS DRA.
4. Kserokopia deklaracji **ZUS RCA.**
5. Kserokopie **zwolnień lekarskich potwierdzone za zgodność z oryginałem.**

Rozliczenie finansowe na odwrocie.

Aktualizacja na dzień 02.01.2025 r.

**Rozliczenie finansowe wynagrodzeń
osób zatrudnionych na podstawie zawartej umowy**

nr UMPI

za miesiąc **2025 r.**

Lp.	Nazwisko i imię	Ilość dni chorobowych płatnych przez:		Ilość dni niepłatnych	Wynagrodzenie brutto wypłacone przez zakład pracy			Kwota wynagrodzenia do refundacji		
		zakład pracy	ZUS		za czas pracy	za czas choroby	ZUS	za czas pracy	za czas choroby	ZUS
1.										
2.										
3.										
4.										
RAZEM										

.....
(sporządził)