

.....
(pieczęć wnioskodawcy)

.....
(miejsowość, data)

.....
(numer rachunku firmowego pracodawcy)

**POWIATOWY URZĄD PRACY
w Nowym Dworze Gdańskim**

tel. 552469522

e-mail: refundacje@nowydworgdanski.praca.gov.pl

umowa numer

WNIOSEK

**o zwrot poniesionych kosztów w związku z zatrudnieniem pracowników
w ramach prac interwencyjnych za miesiąc/rok**

Stosownie do postanowień Art. 51,56,59 i Art. 108 ust. 1 pkt 16 ustawy z dnia 20.04.2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz zgodnie z umową o organizację prac interwencyjnych zawartą w dniu na okres od do zgłaszamy wniosek o refundację części kosztów poniesionych w związku z pracami interwencyjnymi.

Wynagrodzenie **refundowane** dla osób zatrudnionych w ramach w/w umowy wynosi zł

Składka na ubezpieczenia społeczne od w/w kwoty obciążająca pracodawcę zł

RAZEMzł

(słownie:)

| Lp | Imię i nazwisko | Wysokość wynagrodzenia podlegająca refundacji (bez chorobowego) | Składka ZUS %, kwota od rubr. 3 | Liczba dni zwoln. lekarsk. | Wynagrodzenie refundow. za czas choroby | Ogółem do refundacji rubr. 3+4+6 |
|--------------|-----------------|---|---------------------------------|----------------------------|---|----------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| RAZEM | | | | | | |

.....
(podpis, pieczęć i nr telefonu osoby wypełniającej wniosek)

.....
(pieczęć i podpis Pracodawcy)

- Załączniki:** - kopie listy płac wraz z pokwitowaniem odbioru wynagrodzenia, a w przypadku przelewania wynagrodzenia na konto osobiste pracownika należy dołączyć potwierdzenie przelewu wynagrodzenia i listę płac
- lista obecności,
 - raport RSA(w przypadku wystąpienia zwolnienia lekarskiego pracownika)
 - deklaracja ZUS zbiorowa DRA oraz raport imienny RCA (tylko z nazwiskami w/w osób),
 - dowód odprowadzenia składki na ubezpieczenia społeczne.

W/w załączniki składane w kserokopii muszą być potwierdzone „za zgodność z oryginałem” pieczątką i podpisem pracodawcy lub upoważnionego pracownika.

.....

Wypełnia Powiatowy Urząd Pracy

Sprawdził dnia Zestawienie nr/...../.....

(podpis pracownika PUP)