

.....
(miejscowość i data)

.....
(pieczęć firmowa Pracodawcy)

**Powiatowy Urząd Pracy
w Puławach**

**WNIOSEK
o zwrot części kosztów z tytułu zatrudnienia skierowanych bezrobotnych
w ramach prac interwencyjnych**

Na podstawie art. 51 ust. 1 ustawy z dnia 20.04.2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz zgodnie z umową nr zawartą w dniu w sprawie organizowania i finansowania prac interwencyjnych, proszę o refundację za okres od do części poniesionych kosztów w wysokości ogółem: zł (słownie złotych:).

Środki finansowe proszę przekazać:

.....
(nazwa banku, nr konta bankowego Pracodawcy)

.....
(pieczęć i podpis Pracodawcy)

Załączniki:

1. kopia listy obecności pracowników za dany miesiąc,
2. kopia listy wypłat miesięcznych wynagrodzeń sporządzonej oddzielnie dla pracowników, za których dokonywana jest refundacja, potwierdzonej przez pracowników i zatwierdzonej do wypłaty przez upoważnione osoby (w przypadku przekazania wynagrodzenia w inny sposób należy dodatkowo dostarczyć inny równoważny dokument stwierdzający ten fakt np. przelew na rachunek bankowy),
3. kopia listy nagród sporządzonej jak wyżej, w przypadku braku wypłaty nagród stosowne oświadczenie,
4. deklaracja rozliczeniowa ZUS DRA oraz imienne raporty miesięczne ZUS RCA lub wydruki tych dokumentów z systemu komputerowego podpisane przez upoważnione osoby,
5. imienny raport miesięczny ZUS RSA lub wydruk tego raportu z systemu komputerowego podpisany przez upoważnione osoby – m.in. w przypadku zwolnień lekarskich lub urlopów bezpłatnych lub okresu usprawiedliwionej nieobecności w pracy jeżeli pracownik nie zachowuje prawa do wynagrodzenia lub okresu nieusprawiedliwionej nieobecności w pracy,
6. kopia potwierdzonego dowodu odprowadzenia składek na ubezpieczenie społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Solidarnościowy i Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych za dany miesiąc,
7. oświadczenie o odprowadzonej zaliczce na podatek od wynagrodzeń wraz z przelewem podatku do Urzędu Skarbowego,
8. oświadczenie o niepodleganiu sankcjom w związku z agresją Federacji Rosyjskiej na Ukrainę,
9. załącznik nr 1 do wniosku o zwrot części kosztów z tytułu zatrudnienia skierowanych bezrobotnych w ramach prac interwencyjnych.

Wszystkie załączniki do wniosku będące kopiami Pracodawcy poświadczą za zgodność z oryginałem poprzez umieszczenie na każdej stronie dokumentu klauzuli „za zgodność z oryginałem” wraz z podpisem Pracodawcy, jego pieczęcią oraz aktualną datą.

Rozliczenie finansowe wynagrodzeń osób zatrudnionych w ramach prac interwencyjnych:

Lp.	Nazwisko i imię	Data zatrudnienia	Koszty Pracodawcy			Wynagrodzenie za czas choroby (płatne z ZUS)	Refundacja dla Pracodawcy z Funduszu Pracy			
			Wynagrodzenie brutto za czas przepracowany	Wynagrodzenie brutto za czas choroby	Składki ZUS		Refundacja brutto za czas przepracowany	Refundacja brutto za czas choroby	Składki ZUS	Razem (kol. 8+9+10)
Ogółem do refundacji: słownie złotych										

Ponadto informuję, że niżej wymienieni pracownicy korzystali ze zwolnienia lekarskiego lub urlopu bezpłatnego lub usprawiedliwionej nieobecności w pracy bez zachowania prawa do wynagrodzenia lub nieusprawiedliwionej nieobecności w pracy:

Lp.	Nazwisko i imię	Okres zwolnienia lekarskiego (od-do)	Okres urlopu bezpłatnego (od-do)	Okres usprawiedliwionej nieobecności w pracy bez zachowania prawa do wynagrodzenia (od-do)	Okres nieusprawiedliwionej nieobecności w pracy (od-do)

Oświadczam, że w rozliczanym okresie:

- 1) **wypłaciłem(am) / nie wypłaciłem(am)*** pracownikowi/om zatrudnionemu/ym w ramach prac interwencyjnych nagrodę/nagrody;
- 2) w kwotach przelewów przekazanych do US **zawarta jest / nie jest zawarta*** zaliczka na podatek dochodowy za pracowników zatrudnionych w ramach prac interwencyjnych (w przypadku gdy zaliczka na podatek dochodowy nie została opłacona proszę wskazać, za których pracowników i z jakiej przyczyny):
.....
- 3) w kwotach przelewów przekazanych do ZUS **zawarte są / nie są zawarte*** składki na ubezpieczenie społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Solidarnościowy i Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych za pracowników zatrudnionych w ramach prac interwencyjnych (w przypadku gdy składki na ubezpieczenia społeczne nie zostały opłacone proszę wskazać, za których pracowników i z jakiej przyczyny):
.....

.....
(pieczętka i podpis Pracodawcy)

* niepotrzebne skreślić