

.....
(miejsowość, data)

.....
(pieczęć firmowa Wnioskodawcy)

**Powiatowy Urząd Pracy
w Rykach**

WNIOSEK

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

Na podstawie ustawy z dn. 20.03.2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia oraz zgodnie z zawartą umową w dniu o zorganizowanie zatrudnienia w ramach prac interwencyjnych, prosimy o refundację:

– wynagrodzeń w kwocie zł
– wynagrodzenia chorobowego w kwocie zł
– składki na ubezpieczenie społeczne od refundowanych wynagrodzeń w kwocie zł
Ogółem do refundacji kwota zł

(słownie złotych:)

Oświadczam, że w kwocie składek przekazanych do ZUS na ubezpieczenia oraz w kwocie zaliczki na podatek dochodowy od wynagrodzeń za zatrudnionych pracowników przekazanych do Urzędu Skarbowego znajdują się opłaty za pracownika/ów zatrudnionego/nych w ramach ww. umowy.

Środki finansowe prosimy przekazać:
(nazwa banku i numer rachunku)

w terminie 30 dni od otrzymania niniejszego pisma.

.....
(główny księgowy, pieczętka i podpis)

.....
(Wnioskodawca, pieczętka i podpis)

Załączniki (kopie potwierdzone za zgodność z oryginałem):

1. Lista obecności.
2. Lista płac i nagród z pokwitowaniem odbioru wynagrodzenia lub dowodem przelewu na konto.
3. Deklaracja ZUS DRA.
4. Imienny raport miesięczny o należnych składkach i wypłaconych świadczeniach – ZUS RCA.
5. Dowody opłacenia składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy, FGŚP i podatek dochodowy.
6. Zwolnienia lekarskie oraz imienny raport o wypłaconych świadczeniach i przerwach w opłacaniu składek ZUS RSA.

Rozliczenie finansowe wynagrodzeń osób zatrudnionych w ramach prac interwencyjnych

..... za okres od do
 (pieczęć firmowa Wnioskodawcy)

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 w zł	Wpłata do ZUS % od rubr. 4 w zł	Razem do refundacji z FP w zł
1	2	3	4	5	6
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	
1	2	3	4	5	6	7	8

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)

.....
 (Wnioskodawca; pieczętka i podpis)