

Miejscowość, data

Pieczęć firmowa pracodawcy

.....

**Powiatowy Urząd Pracy
w Stalowej Woli**

**Wniosek
o zwrot ze środków PFRON części kosztów poniesionych na wynagrodzenia,
nagrody i składki na ubezpieczenia społeczne za skierowane osoby poszukujące pracy
zatrudnione w ramach prac interwencyjnych**

Na podstawie ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz.U. z 2025 r., poz. 620), art. 11 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2025 r., poz. 913) oraz zgodnie z zawartą umową nr w dniu o organizację prac interwencyjnych, prosimy o refundację:

- wynagrodzeń w kwocie zł
- składki na ubezpieczenie społeczne od refundowanych wynagrodzeń w rozumieniu art. 2 pkt 40 ustawy o rynku pracy zł
- ogółem do refundacji kwota zł

(słownie zł:)

Środki finansowe prosimy przekazać na rachunek numer.....

.....

Główny Księgowy
pieczęć i podpis

.....

Pracodawca
pieczęć i podpis

Załączniki:

1. Rozliczenie finansowe (załącznik nr 1).
2. Kopia listy płac z potwierdzeniem odbioru wynagrodzenia.
3. Kopia listy obecności.
4. Kopia deklaracji (ZUS DRA i ZUS RCA, RSA) i wpłat składek do ZUS.

Kopie przedkładanych dokumentów winny być potwierdzone za zgodność z oryginałem

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 wypłacone przez pracodawcę brutto w zł	Wynagrodzenie refundowane dla pracodawcy w zł	Wynagrodzenie chorobowe podlegające refundacji	Wpłata do ZUS ...% od rubr. 4 w zł	Razem do refundacji w zł (rubr. 4+5+6)
1	2	3	4	5	6	7
Razem						

Ogółem do refundacji: słownie złotych:

Ponadto informuję, że niżej wymienieni pracownicy korzystali ze zwolnienia lekarskiego 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:

Pracownik zwolniony dnia
przyczyna zwolnienia

Ponadto oświadczam, że za okres wskazany we wniosku:

1) za ww. osoby zatrudnione w ramach prac interwencyjnych został opłacony podatek PIT-4

TAK NIE

2) otrzymałem finansowanie z innych środków publicznych na te same koszty, o które wnioskuję

TAK NIE

opr. nazwisko i imię; nr tel.

Główny Księgowy
pieczęćka i podpisPracodawca
pieczęćka i podpis

.....

.....

.....