

Miejscowość, data .....

Pieczęć firmowa pracodawcy

.....

**Powiatowy Urząd Pracy  
w Stalowej Woli**

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

Na podstawie (*zaznaczyć właściwe*) art. 51 , 56 , 59  ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t.j. Dz.U. z 2024 r., poz. 475) oraz zgodnie z zawartą umową nr..... w dniu ..... w sprawie organizowania i finansowania prac interwencyjnych, prosimy o refundację:

- wynagrodzeń w kwocie ..... zł
- składki na ubezpieczenie społeczne od refundowanych wynagrodzeń w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 38 ww. ustawy ..... zł
- ogółem do refundacji kwota ..... zł

(słownie zł: .....) )

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

.....

Główny Księgowy  
pieczęćka i podpis

.....

Pracodawca  
pieczęćka 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                                      |
|              |   |  |   |  |                                    |  |
|              |   |  |   |  |                                    |  |
|              |   |  |   |  |                                    |  |
|              |   |  |   |  |                                    |  |
|              |   |  |   |  |                                    |  |
| <b>Razem</b> |   |  |   |  |                                    |  |

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 ww. osoby zatrudnione w ramach prac interwencyjnych, za okres wskazany we wniosku, został opłacony podatek PIT-4**

opr. nazwisko i imię; nr tel.

Główny Księgowy  
pieczęć i podpisPracodawca  
pieczęć i podpis

.....

.....

.....