



.....  
(pieczęć firmowa pracodawcy)

.....  
(miejsowość, data)

**WNIOSEK**  
**o zwrot poniesionych kosztów w związku z zatrudnianiem bezrobotnych**  
**na pracach interwencyjnych za miesiąc \_\_\_\_\_**

Stosownie do postanowień umowy numer UMPI/\_\_\_\_\_\_ zawartej w dniu \_\_-\_\_-\_\_\_\_ art. 51, art. 56, art. 59 Ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy /Dz. U. z 2020r., poz.1409/ oraz Rozporządzenia *Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 24 czerwca 2014 r. w sprawie organizowania prac interwencyjnych i robót publicznych oraz jednorazowej refundacji kosztów z tytułu opłaconych składek na ubezpieczenia społeczne (Dz. U. z 2014 r. poz. 864)* zgłaszamy wniosek o refundację kosztów poniesionych w związku zatrudnieniem bezrobotnych w ramach prac interwencyjnych.

Prosimy o refundację części wydatków poniesionych na:  
wynagrodzenie dla \_\_\_\_\_ bezrobotnego(ych) w wysokości \_\_\_\_\_,  
wynagrodzenie dla \_\_\_\_\_ bezrobotnego(ych) za okres choroby \_\_\_\_\_,  
składki na ubezpieczenie społeczne od ww. kwoty w wysokości \_\_\_\_\_,  
ogółem do refundacji \_\_\_\_\_,  
(słownie: \_\_\_\_\_)

Ww. kwotę proszę przekazać na nasze konto bankowe:

nazwa banku \_\_\_\_\_

Nr konta: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Jednocześnie nadmieniam, że warunki zawartej umowy z Urzędem Pracy są przez zakład pracy przestrzegane.

\_\_\_\_\_  
(Główny Księgowy)

\_\_\_\_\_  
(Pracodawca – pieczętka i podpis)

**Załączniki:**

- 1. rozliczenie finansowe,**
- 2. uwierzytelnione kopie list płac wraz z pokwitowaniem odbioru wynagrodzenia,**
- 3. kserokopie zwolnień lekarskich**
- 4. dowody wpłaty ZUS**
- 5. lista obecności**



## Rozliczenie finansowe wynagrodzeń osób zatrudnionych w ramach prac interwencyjnych

za okres od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_

Lp.	Nazwisko i Imię	Okres zatrudnienia	Wynagrodzenie brutto	Wynagrodzenie refundowane z Funduszu Pracy
<b>Ogółem do refundacji: słownie(_____)</b>				

**Ponadto informuję, że niżej wymienieni pracownicy korzystali ze zwolnienia bądź urlopu bezpłatnego:**

Lp.	Nazwisko i Imię	Zwolnienie lekarskie Od - do	Wynagrodzenie za okres choroby (płatne z funduszu pracodawcy) KWOTA w zł	Wynagrodzenie za okres choroby (płatne z ZUS) KWOTA w zł	Urlop bezpłatny od - do

\_\_\_\_\_  
(opr. Nazwisko i imię, nr tel.)

\_\_\_\_\_  
(podpis i pieczęćka głównego księgowego)

\_\_\_\_\_  
(podpis i pieczęćka Pracodawcy)