

.....

.....

(pieczęć firmowa pracodawcy)

 **Opolskie dla Rodziny**
(miejscowość, data)

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

Stosownie do postanowień umowy numer **UMPI/..... zawartej w dniur.** 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 – pieczęć 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
1				
2				
3				
Ogółem do refundacji: słownie(...../100)				

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 pieczęć głównego księgowego)

(podpis i pieczęć Pracodawcy)