



.....
(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 2017r., poz.1065/ 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 z 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
Ogółem do refundacji: słownie(_____)				

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)