



**URZĄD PRACY w Brzegu**  
**CENTRUM AKTYWIZACJI ZAWODOWEJ**

49-300 BRZEG, ul. Armii Krajowej 32  
REGON 531596705; NIP: 747-12-24-978  
tel./fax: +48/77 444 13 90 do 92  
e-mail: opbr@praca.gov.pl  
http://brzeg.praca.gov.pl



1999 - 2024

.....  
(pieczęć firmowa pracodawcy)

.....  
(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 dniu .....** art. 51, art. 56, art. 59 Ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy /Dz. U. z 2023r., poz. 735/ 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:

1. wynagrodzenie dla \_\_\_\_\_ bezrobotnego(ych) w wysokości .....
2. wynagrodzenie dla \_\_\_\_ bezrobotnego(ych) za okres choroby .....
3. składki na ubezpieczenie społeczne od ww. kwoty w wysokości .....
4. ogółem do refundacji .....

(słownie: ...../100)

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.

.....  
(Nazwa Biura Rachunkowego- tel. Kontaktowy)

.....  
(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 z listy płac	Wynagrodzenie refundowane z Funduszu Pracy
1				
<b>Ogółem do refundacji: słownie(...../100)</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)