

.....
(pieczęć firmowa pracodawcy)

.....
(miejscowość, data)

Powiatowy Urząd Pracy
w Dąbrowie Tarnowskiej

WNIOSEK
o zwrot części kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody i składki
na ubezpieczenie społeczne z tytułu zatrudnienia skierowanego(ych)
bezrobotnego(ych) w ramach prac interwencyjnych

Dotyczy zatrudnienia w okresie:.....w pełnym*)/nie pełnym*) wymiarze czasu pracy.

Na podstawie art. 51, lub 56, lub 59 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r.o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy z tytułu zatrudnienia skierowanego(ych) bezrobotnego(ych) zatrudnionego(ych) w ramach prac interwencyjnych, prosimy o refundację:

- wynagrodzeń w kwocie:zł
- wynagrodzeń za czas choroby w kwocie:zł
- składki na ubezpieczenie społeczne
od refundowanych wynagrodzeń w kwocie:zł

Ogółem do refundacji kwota:zł
(słownie złotych:.....)

Środki finansowe prosimy przekazać.....
(nazwa banku)

.....
(numer rachunku)

w terminiedni od otrzymania niniejszego pisma.

*) niepotrzebne skreślić

.....
(Pracodawca, pieczętka i podpis)

Załączniki:

1. Rozliczenie finansowe.
2. Kopia listy płac z pokwitowaniem odbioru wynagrodzenia.
3. Kserokopia listy obecności.
4. DRA i raporty imienne (RCA).
5. Dowód wpłaty składek ZUS – kopia przelewu.
6. Kserokopie zwolnień lekarskich.

(Załącznik nr..... do „Wniosku o zwrot części kosztów...”)

.....
(pieczęć firmowa pracodawcy)

Rozliczenie finansowe wynagrodzeń z tytułu zatrudnienia w pełnym*) nie pełnym*) wymiarze czasu pracy skierowanego(ych) bezrobotnego(ych) w ramach prac interwencyjnych za okres od..... do.....

L.p.	Nazwisko i imię	Data zatrudnienia	Wynagrodzenie brutto (w zł.)	Wynagrodzenie refundowane dla pracodawcy z Funduszu Pracy (w zł.)	Wpłata do ZUS% (od rubr. 5 w zł.)	Razem do refundacji z FP (w zł.)
1	2	3	4	5	6	7
Ogółem do refundacji: (słownie złotych).....						

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

L.p.	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:

Zwolniony dniaprzyczyna zwolnienia.....

.....
(Pracodawca: pieczęć i podpis)

*) niepotrzebne skreślić