**Załącznik Nr 2 do Zarządzenia Nr 24/2021**

**Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy**

**w Dąbrowie Tarnowskiej z dnia 23.06.2021r.**

| Logo Programu Praca Wsparcie Możliwości w kolorze zielonym a litery R, P, O w kolorze czerwonym. | ..............................................................................  (miejscowość i 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 [[1]](#footnote-1)\*)/nie pełnym [[2]](#footnote-2)\*) wymiarze czasu pracy.

Na podstawie art. 51 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, proszę o refundację:

* Wynagrodzenie w kwocie: ……………………………………………………………………...zł
* Wynagrodzenie za czas choroby w kwocie ……………………………………………….…..zł
* Składki na ubezpieczenie społeczne od refundowanych wynagrodzeń w kwocie: ……………………………………………………………………………………………………….
* Ogółem do refundacji kwota ……………………………………………………………………zł

słownie złotych …………………………………………………………………………………..

**Środki finansowe prosimy przekazać na:**

(nazwa banku) ………………………………………………………………………………………….

Numer rachunku………………………………………………………………………………………...

.......................................................

(Pracodawca, pieczątka i podpis)

Załączniki:

1. Rozliczenie finansowe.
2. Kopia listy płac z pokwitowaniem odbioru wynagrodzenia.
3. DRA, RCA i RSA osób refundowanych
4. Dowód wpłaty składek ZUS – kopia przelewu.

**Rozliczenie finansowe wynagrodzeń z tytułu zatrudnienia w pełnym[[3]](#footnote-3)\*) nie pełnym[[4]](#footnote-4)\*) 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 zł)……........................................................................ | | | | |  |  |

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 | |
| Ilość dni od - do | Kwota w zł | ilość dni od - do | | kwota w zł | od - do | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | 7 | 8 | |
|  |  |  |  |  |  | |  |  | |
|  |  |  |  |  |  | |  |  | |
|  |  |  |  |  |  | |  |  | |
|  |  |  |  |  |  | |  |  | |
|  |  |  |  |  |  | |  |  | |

.......................................................

(Pracodawca, pieczątka i podpis)

1. \* niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-1)
2. [↑](#footnote-ref-2)
3. \* niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-3)
4. [↑](#footnote-ref-4)