



Fundusze Europejskie
Program Regionalny

Mazowsze.
serce Polski

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Projekt pt. „Aktywizacja osób w wieku 30 lat i więcej pozostających bez pracy w powiecie łosickim (IV)”
Realizowany w ramach Osi priorytetowej VIII, Działania 8.1 Aktywizacja zawodowa osób bezrobotnych przez PUP
i przeciwdziałanie skutkom epidemii COVID-19
Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014 – 2020

Załącznik Nr 2

do Regulaminu organizowania i finansowania prac interwencyjnych

.....
(pieczęć firmowa Pracodawcy /Przedsiębiorcy)

.....
(miejscowość, data)

STAROSTA POWIATU ŁOSICKIEGO

ZA POŚREDNICTWEM

POWIATOWEGO URZĘDU PRACY W ŁOSICACH

WNIOSK

o zwrot części kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody i składki na ubezpieczenie społeczne za skierowanych bezrobotnych zatrudnionych w ramach prac interwencyjnych za miesiąc 20.....r. zgodnie z umową nr zawartą w dniu r. w wysokości zł zgodnie z poniższym rozliczeniem finansowym.

Wysokość składki na ubezpieczenie wypadkowe -%

1. Rozliczenie finansowe wynagrodzenia osób zatrudnionych w ramach prac interwencyjnych:

Lp.	Imię i nazwisko zatrudnionego/ch bezrobotnego/ych w ramach prac interwencyjnych zgodnie z umową o pracę	Wynagrodzenie brutto wypłacone przez Pracodawcę / Przedsiębiorcę w zł	Składka ZUS w %	Składki ZUS opłacone przez Pracodawcę / Przedsiębiorcę w zł	Wynagrodzenia za czas choroby wypłacone przez Pracodawcę / Przedsiębiorcę w zł	Razem koszty poniesione przez Pracodawcę / Przedsiębiorcę w zł (3+5+6)	Wysokość wynagrodzenia podlegającego refundacji (bez wynagrodzenia za czas choroby) w zł	Wysokość wynagrodzenia chorobowego (podlegającego refundacji) w zł	Składka ZUS od wynagrodzenia podlegającego refundacji (kwota) w zł	Kwota ogółem do refundacji (8+9+10) w zł
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1.										
2.										
RAZEM:										

2. Informacje dotyczące zwolnienia lekarskiego pracownika/ów zatrudnionego/ych w ramach prac interwencyjnych:

Lp.	Imię i nazwisko zatrudnionego/ch bezrobotnego/ych w ramach prac interwencyjnych zgodnie z umową o pracę	Zwolnienie lekarskie od - do	Wynagrodzenie za czas choroby (płatne z funduszy Pracodawcy/Przedsiębiorcy)		Zasiłek chorobowy (płatny z ZUS)	
			ilość dni od - do	kwota w zł	ilość dni od - do	kwota w zł
1.	2	3	4	5	6	7
1.						
2.						

Środki finansowe z tytułu refundacji proszę przekazać na rachunek bankowy:

Oświadczam, że:

1. Osoba skierowana w ramach prac interwencyjnych wymieniona w rozliczeniu finansowym pod pozycją nadal jest zatrudniona na podstawie umowy o pracę w pełnym wymiarze czasu pracy*;
2. Z osobą skierowaną w ramach prac interwencyjnych wymienioną w rozliczeniu finansowym pod pozycją rozwiązano umowę o pracę*.
3. Został dopełniony obowiązek uiszczenia zaliczki na podatek dochodowy od wynagrodzenia pracownika/ów wymienionych w rozliczeniu finansowym .
4. Wiarygodność informacji podanych we Wniosku i w załączonych do niego dokumentach potwierdzam własnoręcznym podpisem.
5. Informacje zawarte we Wniosku i w załączonych dokumentach są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

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

Do wniosku należy dołączyć:

1. Kserokopia listy płac z pokwitowaniem odbioru wynagrodzenia lub dowód przelewu wynagrodzenia na rachunek bankowy.
2. Kserokopie dokumentów potwierdzających przekazanie składek ZUS (Deklaracje DRA, RCA, RSA – w przypadku zwolnień lekarskich) oraz potwierdzenie dokonania zapłaty składek do ZUS – deklaracje powinny zawierać potwierdzenie wpływu do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych - ZUS (pieczęć wpływowa ZUS lub potwierdzenie wysyłki w formie elektronicznej).
3. Wydruk zaświadczenia lekarskiego z systemu teleinformatycznego – w przypadku gdy pracownik przebywał na zwolnieniu lekarskim.
4. Kserokopia listy obecności.

WNIOSEK NALEŻY ZŁOŻYĆ Z KOMPLETEM DOKUMENTÓW.

WSZYSTKIE KSEROKOPIE POWINNY BYĆ POTWIERDZONE ZA ZGODNOŚĆ Z ORYGINAŁEM PRZEZ PRACODAWCĘ/PRZEDSIĘBIORCĘ LUB OSOBĘ UPOWAŻNIONĄ I DOTYCZYĆ WYŁĄCZNIE OSÓB, ZA KTÓRE PRZYSŁUGUJE REFUNDACJA

*Niepotrzebne skreślić.