



POWIATOWY URZĄD PRACY  
w Łosicach

# POWIATOWY URZĄD PRACY

ul. Narutowicza 6, 08 - 200 Łosice

tel./fax: 83 357 19 67

<http://losice.praca.gov.pl>

e-mail: [walo@praca.gov.pl](mailto:walo@praca.gov.pl)

Załącznik Nr 2  
do Regulaminu organizowania  
i finansowania prac interwencyjnych

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

.....  
(miejsowość, 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 okres od dnia.....do dnia..... 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	Wynagrodzenie 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.										
<b>RAZEM:</b>										

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

Lp.	Imię i nazwisko zatrudnionego/ch bezrobotnego/yh 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.						

3. Środki finansowe z tytułu refundacji proszę przekazać na rachunek bankowy:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

4. 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.

.....  
(Data )

.....  
(Pracodawca/Przedsiębiorca lub osoba umocowana  
do reprezentowania Pracodawcy/Przedsiębiorcy  
pieczętka i podpis )

**Do wniosku należy dołączyć:**

- 1) kserokopię listy płac z pokwitowaniem odbioru wynagrodzenia lub dowód przelewu wynagrodzenia na rachunek bankowy.
- 2) kserokopię 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) kserokopię listy obecności.

**Uwaga: Kwotę refundacji za niepełny miesiąc zatrudnienia osoby ustala się dzieląc kwotę refundacji za pełen miesiąc przez 30 i mnożąc przez liczbę dni kalendarzowych zatrudnienia w obrębie miesiąca podlegającego refundacji, przyjmując, że miesiąc liczy 30 dni.**

**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**