



POWIATOWY URZĄD PRACY W ŁOSICACH

ul. Narutowicza 6, 08 - 200 Łosice

tel.: 83 357 19 67

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

e-mail: 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.										
RAZEM:										

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:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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*