

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć firmowa pracodawcy)

**Miejski Urząd Pracy
w Płocku**

WNIOSEK

o zwrot części kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody i składki na ubezpieczenia społeczne za zatrudnionych bezrobotnych w ramach prac interwencyjnych

za okres od do

Na podstawie art. 51 ust. 1 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jednolity: Dz. U. z 2017 r., poz. 1065 z późniejszymi zmianami) oraz zgodnie z umową nr/2017 w sprawie organizowania i finansowania prac interwencyjnych zawartą w dniu wnioskuję o refundację:

- wynagrodzeń w kwocie zł

- wynagrodzeń chorobowych w kwocie zł

- składek na ubezpieczenia społeczne
od refundowanych wynagrodzeń w kwocie zł

Ogółem do refundacji kwota zł

(słownie złotych)

Środki finansowe proszę przekazać na niżej wskazany rachunek bankowy:

- - - - - - -

.....
(pieczęć i podpis Pracodawcy)

Załączniki:

1. Rozliczenie finansowe – załącznik nr 1 do wniosku.
2. Kopia listy płac wraz z potwierdzonym odbioru wynagrodzenia przez pracownika.
3. Deklaracja rozliczeniowa ZUS DRA, ZUS RCA i ZUS RSA z potwierdzeniem ich przesłania/złożenia w ZUS.
4. Dowody wpłat składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, FP i FGŚP.
5. Kopie zwolnień lekarskich pracowników zatrudnionych w ramach programu.

Wszystkie załączniki przedstawiane w kopii muszą być poświadczone „za zgodność z oryginałem”.

.....
(pieczęć firmowa pracodawcy)

Rozliczenie finansowe wynagrodzeń osób zatrudnionych w ramach programu

za okres od do

Nazwisko i imię zatrudnionego bezrobotnego w ramach programu	Wynagrodzenie brutto w zł	Koszty podlegające refundacji z Funduszu Pracy w zł			
		Wynagrodzenie refundowane	Wynagrodzeni e chorobowe refundowane	Składki na ubezpieczenie społeczne od rubr. 3	Razem do refundacji
1	2	3	4	5	6
Ogółem do refundacji /słownie złotych/:					
.....					

Ponadto informuję, że pracownik zatrudniony w ramach programu korzystał ze zwolnienia lekarskiego lub urlopu bezpłatnego:

Nazwisko i imię	Zwolnienie lekarskie od - do	Wynagrodzenie za czas choroby (płatne z funduszu pracodawcy)		Zasilek chorobowy (płatny z ZUS)		Urlop bezpłatny od - do
		ilość dni	kwota w zł	ilość dni	kwota w zł	
1	2	3	4	5	6	7

.....
(Sporządził: imię i nazwisko; numer telefonu)

.....
(pieczęć i podpis Pracodawcy)