*PI\_D6*

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

***Załącznik nr 1*** *do umowy   
o zorganizowanie prac interwencyjnych*

……………………., dnia………………………

*...........................................................................*

(pieczęć Pracodawcy/Przedsiębiorcy)

Zgodnie z umową nr …………………............................ z dnia ..................……...…………. wnoszę o refundację nr: ………………………………….

* części wynagrodzenia w kwocie: …..………………………………………………… zł
* składek na ubezpieczenia społeczne od refundowanych wynagrodzeń w kwocie:

…………………………………………………………………………………………… zł

**OGÓŁEM DO REFUNDACJI: ………………………………………………………………. Zł**

*słownie złotych: .....................................................................................................................*

Środki finansowe proszę przekazać na rachunek bankowy nr

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

|  |  |
| --- | --- |
| *.....................................................*  *(podpis i pieczęć Gł. Księgowego)* | *.....................................................*  *(podpis i pieczęć Pracodawcy/*  *Przedsiębiorcy)* |

Załączniki do złożonego wniosku (uwierzytelnione kserokopie):

1. Rozliczenie finansowe (Załącznik nr 2)
2. Lista płac wraz z potwierdzeniem odbioru wynagrodzenia
3. Lista obecności
4. Deklaracje ZUS DRA i ZUS RCA oraz dowody wpłat składek na ubezpieczenia społeczne
5. Dowody wpłaty podatku (przelewu PIT-4)
6. Zaświadczenie lekarskie ZUS ZLA (w przypadku choroby pracownika)

*PI\_D7*

Rozliczenie finansowe wynagrodzeń, nagród   
i składek na ubezpieczenia społeczne osób   
zatrudnionych w ramach prac interwencyjnych

***Załącznik nr 2*** *do umowy   
o zorganizowanie prac interwencyjnych*

Okres rozliczeniowy: od ……………………………. do ……………………………….

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | Nazwisko i imię zatrudnionego  w ramach prac interwencyjnych | Wynagrodzenie brutto w zł | Wynagrodzenie refundowane pracodawcy przedsiębiorcy  z FP w zł | Składki na ubezpieczenia społeczne refundowane pracodawcy przedsiębiorcy  z FP w zł | Razem do refundacji  z Funduszu Pracy w zł |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

*Ogółem do refundacji: słownie złotych*

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

Ponadto informuję, że niżej wymienieni pracownicy korzystali ze zwolnienia lekarskiego bądź urlopu bezpłatnego:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | Nazwisko i imię | Zwolenia lekarskie  od – do | Wynagrodzenie za czas choroby (płatne przez pracodawcę przedsiębiorcę) | | Zasiłek chorobowy (płatny przez ZUS) | | Urlop bezpłatny  od – do |
| ilość dni  od – do | kwota  w zł | ilość dni  od – do | kwota w zł |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

Oświadczam, że:

* Umowa o pracę z Panem/Panią ....................................................... uległa rozwiązaniu   
  dnia ....................... z przyczyny ......................................................................................

na podstawie ……………………………………………………………………………………

* Pan(i) .............................................. został(a) zatrudniony(a) na czas ……………...……

od dnia .................................................. roku do dnia ............................................. roku

|  |  |
| --- | --- |
| *.....................................................*  *(podpis i pieczęć Gł. Księgowego)* | *.....................................................*  *(podpis i pieczęć Pracodawcy/ Przedsiębiorcy)* |