



**POWIATOWY URZĄD PRACY  
W STRYŻOWIE  
38-100 Strzyżów, ul. Daszyńskiego 2**

.....  
(pieczęć firmowa pracodawcy)

(wniosek aktualny od **20.01.2025 r.**)

**DATA WPŁYWU:**

### W N I O S E K

**o refundację części kosztów wynagrodzenia pracowników zatrudnionych w ramach prac interwencyjnych za miesiąc .....**

Na podstawie umowy nr ..... zawartej w dniu ..... r. na okres od ..... r. do ..... r. w sprawie organizacji i finansowania prac interwencyjnych dla bezrobotnych skierowanych przez Powiatowy Urząd Pracy, zwracam się o refundację ze środków Funduszu Pracy części wynagrodzenia poniesionego na:

- wynagrodzenie w kwocie: ..... zł
- wynagrodzenie za okres choroby w kwocie: ..... zł
- składki na ubezpiecz. społeczne od refundowanego wynagrodzenia w kwocie: ..... zł

**Ogółem do refundacji kwota: ..... zł**

(słownie złotych): .....

Środki finansowe prosimy przekazać na: .....  
(nazwa banku i numer rachunku pracodawcy)

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

Jednocześnie oświadczam, że wynagrodzenie za rozliczany we wniosku okres zostało wypłacone pracownikom zatrudnionym w ramach prac interwencyjnych, należne składki od wynagrodzenia zostały odprowadzone w pełnej wysokości za wskazane do refundacji osoby, a warunki zawarte w umowie w sprawie prac interwencyjnych, na podstawie której wnioskowana jest niniejsza refundacja są przestrzegane na dzień składania tego wniosku.

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(Gł. Księgowy, pieczęćka i podpis)

.....  
(Pracodawca, pieczęćka i podpis)

#### Załączniki:

1. Rozliczenie finansowe wynagrodzeń osób zatrudnionych w ramach prac interwencyjnych – załącznik nr 1.
2. Kopia listy płac z pokwitowaniem odbioru wynagrodzenia lub przelewem na konto osobiste.
3. Kopia listy obecności.
4. Kopia deklaracji ZUS - DRA, RCA.
5. Dowód wpłaty składek ZUS.
6. Kopia zwolnień lekarskich oraz kopia deklaracji RSA.

Wyżej wymienione załączniki powinny być potwierdzone **za zgodność z oryginałem**.

**Rozliczenie finansowe wynagrodzeń osób zatrudnionych w ramach prac interwencyjnych za miesiąc .....**

Lp.	Nazwisko i imię	Okres trwania umowy o pracę od - do	Wynagrodzenie brutto będące podstawą składki emerytalnej (wg. listy płac Pracodawcy)	Zwolnienie lekarskie - liczba dni	Wynagrodzenie chorobowe zgodnie z umową z PUP	Kwota refundacji zgodnie z umową z PUP bez chorobowego	Składka ZUS: .....% (od rubryki 7) (emerytalna, rentowa, wypadkowa)	Ogółem do refundacji rubr. 6 + 7 + 8
1	2	3	4	5	6	7	8	9
<b>RAZEM :</b>								

**Informacja nt. korzystania przez pracowników objętych refundacją ze zwolnienia lekarskiego, urlopu bezpłatnego i itp.:**

Lp.	Nazwisko i imię	Zwolnienie lekarskie od - do	Wynagrodzenie chorobowe płatne z Funduszu Zakładu Pracy (kwota z ZUS RSA)		Zasiłek chorobowy płatny z ZUS		Urlop bezpłatny od - do
			Okres od - do	Kwota w zł	Okres od - do	Kwota w zł	
1	2	3	4	5	6	7	8

UWAGI: .....

zwolniony dnia .....

Przyczyna zwolnienia .....

Przyjęty na czas nieokreślony dnia .....

....., tel. ....  
(imię i nazwisko, tel. osoby sporządzającej)

.....  
(pieczętka i podpis Pracodawcy)