*Załącznik nr 2 do Regulaminu*

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

pieczęć firmowa pracodawcy miejscowość, data

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

nr konta

**POWIATOWY URZAD PRACY**

w....................................

**WNIOSEK**

**o refundację wynagrodzeń i składek na ubezpieczenia społeczne w związku   
z zatrudnieniem skierowanego bezrobotnego w ramach prac interwencyjnych**   
**za miesiąc.................................................**

Stosownie do postanowień z art. 51, art. 56, art. 59, art. 72 ust. 1 pkt 1 ustawy   
z dnia 20.04.2004r. o promocji zatrudnieniu i instytucjach rynku pracy (t.j. Dz. U. z 2024r. poz. 475) zgłaszamy wniosek o refundację kosztów poniesionych w związku z zatrudnieniem skierowanego bezrobotnego w ramach prac interwencyjnych.

Wniosek dotyczy umowy nr ....................................................... zawartej w dniu .....................

Ogólna kwota do refundacji wynosi ......................zł, w tym składka na ZUS .......................zł.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwisko i imię osoby zatrudnionej w związku  z przyznaną refundacją | Wydatki poniesione przez pracodawcę | | | Do refundacji z Funduszu Pracy | | | |
| Wynagrodzenie brutto w rozliczanym okresie w zł. | Wynagrodzenie za czas choroby | Składki na ubezpieczenie społeczne …..%  w zł. | Wynagrodzenie z PUP za czas przepracowany | Składka ZUS od poz. 5 | Refundacja wynagrodz. za czas choroby | Razem do refundacji (kwota z poz. 5-7) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ponadto informuję, że wyżej wymieniony pracownik korzystał ze zwolnienia lekarskiego bądź urlopu bezpłatnego: | | | | | | | Inne nieobecności niepłatne  (wskazać jakie)  od - do |
| Zwolnienie lekarskie do  33 dni  od - do | Wynagrodzenie za czas choroby  (płatne z funduszu pracodawcy) | | Zwolnienie lekarskie powyżej 33 dni  od - do | Zasiłek chorobowy  (płatny z ZUS) | | Urlop bezpłatny  od - do |
| Liczba dni | Kwota w zł | Liczba dni | Kwota w zł |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

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

(pieczęć i podpis osoby lub osób uprawnionych   
 do reprezentowania pracodawcy)

**Załączniki:**

1. kserokopia listy obecności osoby zatrudnionej w ramach prac interwencyjnych,
2. kserokopia druków ZUS ZLA osoby zatrudnionej w ramach prac interwencyjnych (jeżeli takie występują),
3. kserokopia listy płac osoby zatrudnionej w ramach prac interwencyjnych,
4. kserokopia potwierdzenia wypłaty wynagrodzenia dla osoby zatrudnionej w ramach prac interwencyjnych,
5. kserokopie raportów imiennych ZUS RCA i ZUS RSA (jeżeli takie występują) osoby zatrudnionej   
   w ramach prac interwencyjnych,
6. kserokopię deklaracji rozliczeniowej ZUS DRA,
7. kserokopie dowodu wpłat składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy, FGŚP, FEP oraz podatków do US.

*Wszystkie kserokopie muszą być potwierdzone przez pracodawcę, bądź uprawnioną do reprezentowania podmiotu klauzulą „za zgodność z oryginałem”.*