

.....
(nazwa pracodawcy)

.....
(data i miejscowość)

.....
(adres pracodawcy)

.....
(telefon kontaktowy)

**Powiatowy Urząd Pracy
w Dębicy**

W N I O S E K

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

Na podstawie ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia oraz zgodnie z zawartą umową o organizowanie prac interwencyjnych numer UMPI...../..... w dniu r., wnioskuję o refundację:

wynagrodzeń w kwocie	
składki na ubezpieczenia społeczne od refundowanych wynagrodzeń w/w kwoty (.....%)	
Wynagrodzeń za czas choroby	
Ogółem do refundacji kwota	

Oświadczam, że warunki zawartej umowy o organizowanie prac interwencyjnych są przez Pracodawcę przestrzegane, dokumenty załączone do wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.

Przyznaną refundację proszę przekazać na rachunek płatniczy:

.....
(podpis z podaniem imienia i nazwiska Pracodawcy
lub osoby (osób) uprawnionej (uprawnionych)
do składania oświadczeń woli w imieniu Pracodawcy)

Załączniki do złożonego wniosku powinny zawierać wyłącznie informacje, dane osobowe pracownika / pracowników zatrudnionych w ramach ww. umowy:

1. Rozliczenie finansowe (załącznik nr 1).
2. Kopia listy obecności.
3. Kopia listy płac wraz z potwierdzeniem odbioru wynagrodzenia lub potwierdzenia przelewu wynagrodzenia na konto pracownika.
4. Kopia deklaracji ZUS (DRA oraz ZUS RCA raportu imiennego) wraz z dowodami wpłat składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne i Fundusz Pracy.
5. Kopia deklaracji RSA raportu imiennego (w przypadku wynagrodzenia chorobowego, zasiłków finansowanych z ZUS lub przerw w opłacaniu składek)
6. Oświadczenie dotyczące czasowej niezdolności do pracy skierowanego bezrobotnego.

UWAGA!

W przypadku wniosków niedokładnie lub nieczytelnie wypełnionych, Urząd wzywa Pracodawcę do usunięcia braków w wyznaczonym terminie. Nieusunięcie tych braków spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania.

.....
(nazwa pracodawcy)

Załącznik nr 1 do Wniosku

Rozliczenie finansowe wynagrodzeń osób zatrudnionych w ramach prac interwencyjnych

za okres od do

Lp.	Nazwisko i imię zatrudnionego w ramach prac interwencyjnych zgodnie z umową o pracę	Wynagrodze nie wypłacone przez pracodawc ę brutto w zł	Wynagrodzeni e refundowane dla pracodawcy z Funduszu Pracy w zł	Wpłata do ZUS ...% od rubr.4 w zł	Wynagrodze nie za czas choroby refundowane dla pracodawcy z Funduszu Pracy w zł	Razem do refundacji z FP w zł (rubryki 4+5+6)
1	2	3	4	5	6	7
RAZEM						
Ogółem do refundacji: słownie złotych:						

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

Lp.	Nazwisko i Imię	Zwolnienie lekarskie od –do	Wynagrodzenie za czas choroby (płatne z funduszu pracodawcy)		Zasiłek chorobowy (płatne z ZUS)		Urlop bezpłatny od - do
			Ilość dni	Kwota w zł	Ilość dni	Kwota w zł	

Ponadto oświadczam, że za w/w osoby zatrudnione w ramach prac interwencyjnych, za okres wskazany we wniosku, został opłacony podatek PIT-4.

.....
(opracował, imię i nazwisko, numer telefonu)

.....
(podpis z podaniem imienia i nazwiska Pracodawcy lub osoby
(osób) uprawnionej (uprawnionych) do składania oświadczeń
woli w imieniu Pracodawcy)