

.....
miejscowość, data

.....
(pieczęć firmowa pracodawcy)

POWIATOWY URZĄD PRACY
ul . MIESZKA I-go 15
68-200 ŻARY

W N I O S E K

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

„CZŁOWIEK - NAJLEPSZA INWESTYCJA”

w ramach projektu

„Europejskie perspektywy – program aktywizacji zawodowej osób bezrobotnych w powiecie żarskim”

**(Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej – Europejski Fundusz Społeczny
w ramach Priorytetu VI Rynek pracy otwarty dla wszystkich, Działanie 6.1 Poprawa dostępu do
zatrudnienia oraz wspieranie aktywności zawodowej w regionie , Poddziałanie 6.1.3 Poprawa zdolności
do zatrudnienia oraz podnoszenie poziomu aktywności zawodowej osób bezrobotnych)**

Na podstawie ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. (tj. Dz. U. Nr 69 / 2008 poz. 415 z późn.zm.)
o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, oraz zgodnie z zawartą umową
Nr. w dniu o zorganizowanie zatrudnienia w ramach prac interwencyjnych,
prosimy o refundację :

- wynagrodzeń w kwocie zł
- składki na ubezpieczenie społeczne zł
od refundowanych wynagrodzeń
- Ogółem do refundacji kwota zł

(słownie złotych :)

Środki finansowe prosimy przekazać na konto nr.

w Banku

.....
(Główny Księgowy, pieczętka i podpis)

.....
(Pracodawca, pieczętka i podpis)

Załączniki :

1. Rozliczenie finansowe nr. 1.
2. Kopia listy płac z pokwitowaniem odbioru wynagrodzenia
3. Lista obecności
4. Kserokopia Deklaracji ZUS („DRA”)
5. Dowody wpłaty – kopie przelewów na ZUS
6. Kserokopia zwolnień lekarskich

(Załącznik nr 1 do „Rozliczenie finansowe”)

Rozliczenie finansowe wynagrodzeń osób zatrudnionych w ramach prac interwencyjnych

Za okres od do

Lp.	Nazwisko i imię	Data zatrudnienia	Wynagrodzenie brutto w zł	Wynagrodzenie refundowane dla pracodawcy w zł	Wpłata ZUS ...% od rubr. 5 w zł.	Razem do refundacji w zł
1	2	3	4	5	6	7
Ogółem do refundacji: słownie złotych						

Ponadto informuję, że niżej wymienieni pracownicy korzystali ze zwolnienia lekarskiego lub urlopu bezpłatnego							
Lp.	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 od-do	Kwota w zł	Ilość dni od-do	Kwota W zł	
1	2	3	4	5	6	7	8

UWAGI:

Zwolniony dnia przyczyna zwolnienia.....

Przyjęty na czas nieokreślony dniazgodnie z pozycja rozliczenia.....

.....
(Główny Księgowy, pieczętka i podpis)

.....
(Pracodawca, pieczętka i podpis)