*Załącznik nr 3 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 z późn. zm.) 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 dniod - do | Wynagrodzenie za czas choroby(płatne z funduszu pracodawcy) | Zwolnienie lekarskie powyżej 33 dniod - 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”.*