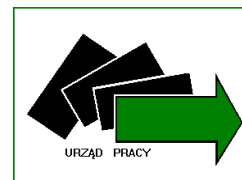




Powiatowy Urząd Pracy w Tarnobrzegu
Centrum Aktywizacji Zawodowej

39 – 400 Tarnobrzeg, ul. 1 Maja 3
tel. (0-15) 823 00 30, fax (0-15) 823-01 66

<http://tarnobrzeg.praca.gov.pl>, e-mail: rzta@praca.gov.pl



.....
(pieczęć firmowa Pracodawcy)

.....
(miejscowość i data)

Powiatowy Urząd Pracy
w Tarnobrzegu

Wniosek

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

Na podstawie ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy
(jednolity tekst: Dz. U. z 2023r. poz. 735 z późn. zm.) oraz zgodnie z zawartą umową w dniu
..... znak: PR.610.....20.....r. o organizowanie prac interwencyjnych,
prosimy o refundację za okres: od do

- wynagrodzeń w kwocie: zł
- wynagrodzenia za czas choroby w kwocie: zł
- składek na ubezpieczenia społeczne od refundowanego
wynagrodzenia w kwocie: zł

Ogółem do refundacji kwota: zł

(słownie złotych :)

Środki finansowe prosimy przekazać.....

.....
(nazwa banku, nr rachunku)

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

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

Załączniki:

1. Rozliczenie finansowe.
2. Kopia listy płac z pokwitowaniem odbioru wynagrodzenia.
3. Kopia dowodu przekazania składek ZUS.
4. Kopia deklaracji ZUS DRA.
5. Kopia listy obecności.
6. Kopia zwolnienia lekarskiego.

Kopie przedkładanych dokumentów winny być potwierdzone za zgodność z oryginałem i dotyczyć wyłącznie osób za które przysługuje refundacja.

[20.01.2023r.]

.....
(pieczęć firmowa Pracodawcy)

Rozliczenie finansowe wynagrodzeń osób zatrudnionych w ramach prac interwencyjnych

za okres od do

Lp.	Nazwisko i imię zatrudnionego w ramach prac interwencyjnych	Wynagrodzenie brutto wypłacone przez pracodawcę w zł	Refundacja wynagrodzenia dla pracodawcy w zł	Refundacja wynagrodzenia za czas choroby dla pracodawcy w zł	Refundacja składek ZUS% od rubr. 4 w zł	Razem do refundacji z Funduszu Pracy w zł (rubr.4+5+6)
1	2	3	4	5	6	7
Ogółem do refundacji						

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 (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

.....

.....

.....

.....
(opr. nazwisko i imię, nr tel.)

.....
(Główny Księgowy; pieczęć i podpis)

.....
(Pracodawca; pieczęć i podpis)