



 (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 marca 2025r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz. U. z 2025r. poz. 620) 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, RCA.
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.

.....
(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; pieczętka i podpis)

.....
(Pracodawca; pieczętka i podpis)