



Fundusze Europejskie
dla Śląskiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Województwo
Śląskie

.....
(pieczęć firmowa pracodawcy)

.....
(miejscowość i data)

**Powiatowy Urząd Pracy
w Bielsku-Białej**

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.

W nawiązaniu do umowy nr RAF.710.....2024 z dnia r. o zorganizowanie zatrudnienia w ramach prac interwencyjnych, wnioskujemy o refundację za m-c

- wynagrodzeń osobowych w kwocie zł,
- składki na ubezpieczenia społeczne w kwocie zł,
- ogółem do refundacji kwota zł.

Słownie zł.

Oświadczam, że informacje zawarte we wniosku i załączonych do niego dokumentach są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym. Jednocześnie nadmieniam, że warunki zawartej umowy z Prezydentem m. Bielska-Białej, są przez pracodawcę przestrzegane.

Załączniki:

.....
pieczęć i podpis pracodawcy

1. Rozliczenie finansowe
2. Kopia listy płac (+ potwierdzenie odbioru wynagrodzenia)
3. Kopia listy obecności
4. Kopia ZUS P DRA, ZUS P RCA za m-c
5. Kopie przelewów składek ZUS
6. Kopia przelewu zaliczki na podatek PIT 4
7. Kopia zwolnienia lekarskiego ZUS ZLA, ZUS P RSA.

Wszystkie kserokopie wymaganych załączników muszą być poświadczone za zgodność z oryginałem !

Wnioski prosimy składać w Powiatowym Urzędzie Pracy w Bielsku-Białej
przy ul. Partyzantów 55 w Bielsku-Białej, tel. (033) 496-51-73



(Załącznik nr 1 do „Wniosku o zwrot kosztów ...”)

**Rozliczenie finansowe wynagrodzeń osób zatrudnionych w ramach prac interwencyjnych
za okres od..... do**

Lp.	Nazwisko i imię	Data zatrudn.	Koszty pracodawcy		Refundacja dla pracodawcy z Funduszu Pracy		
			Wynagrodz. brutto	Wpłata do ZUS od rubr. 4	Wynagrodz.	Składka ZUS	Razem
1	2	3	4	5	6	7	8

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 od-do	Kwota w zł	ilość dni od do	Kwota w zł	
1	2	3	4	5	6	7	8

Uwagi:

Zwolniony dnia przyczyny zwolnienia.....

.....

.....

.....

.....

(opr. nazwisko i imię; nr tel.)

(Główny Księgowy)

(Pracodawca: pieczęć i podpis)



LISTA OBECNOŚCI ZA MIESIĄC...../ROK

IMIĘ i NAZWISKO pracownika: 	
Dzień m – ca	podpis pracownika
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	
11.	
12.	
13.	
14.	
15.	
16.	
17.	
18.	
19.	
20.	
21.	
22.	
23.	
24.	
25.	
26.	
27.	
28.	
29.	
30.	
31.	

.....
podpis pracodawcy, pieczętka firmowa