Załącznik Nr 1

 ................................................

 (miejscowość, data)

...........................................................

 (pieczęć firmowa pracodawcy)

## Powiatowy Urząd Pracy

 w...................................

#  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

Dotyczy zatrudnienia w okresie: do 6 miesięcy zawierając po upływie tego okresu umowę o pracę
zgodnie z zawartą umową.

Na podstawie art. 51 ust. 1 ustawy z dn. 20.04.2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jednolity Dz. U. z 2024r., poz. 475, z późn. zm.) oraz zgodnie z zawartą umową…………………………………w dniu ............................... o zorganizowanie zatrudnienia w ramach prac interwencyjnych, prosimy o refundację:

* wynagrodzeń w kwocie .................................................. zł
* składki na ubezpieczenie społeczne

od refundowanych wynagrodzeń w kwocie .................................................. zł

- ogółem do refundacji kwota .................................................. zł

(słownie złotych: .....................................................................................................................................................).

Środki finansowe prosimy przekazać .........................................................................................................................

(nazwa banku, nr rachunku)

w terminie ................................ dni od otrzymania niniejszego pisma.

 ....................................................................

 (Pracodawca, pieczątka i podpis)

Załączniki:

1. Rozliczenie finansowe ................
2. Kopia listy płac z pokwitowaniem odbioru wynagrodzenia.
3. Kopia listy obecności.
4. Dowody wpłaty – kopie przelewów opłat składki ZUS i podatku dochodowego PIT 4 za dany miesiąc.
5. Deklaracja ZUS DRA oraz imienny raport pracownika ZUS RCA; oraz innych dokumentów w przypadku wystąpienia przerw w wypłacaniu wynagrodzenia oraz opłacaniu składek na ubezpieczenia społeczne.
6. Kserokopie zwolnień lekarskich.
7. Umowa o pracę.

 **Powyższe dokumenty powinny być poświadczone przez Pracodawcę lub upoważnionego pracownika.**

…………………………………………………

 (Pieczątka firmowa pracodawcy)

  **Rozliczenie finansowe wynagrodzeń osób zatrudnionych w ramach pracy**

 **interwencyjnej za okres od…………………………….... do ………………………………………**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwisko i imię zatrudnionego****w ramach prac interwencyjnych****zgodnie z umową o pracę** **od…………………….  do………………………** | **Wynagrodzenie****brutto w zł.** | **Wynagrodzenie refundowane dla pracodawcy z Funduszu Pracy w zł.** | **Wpłata do ZUS……….% od rub. 4****w zł.** | **Razem do refundacji z FP w zł.** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  **Ogółem do refundacji: Słownie w złotych ……………………………………………………** |  |

Ponadto informuję, że niżej wymienieni pracownicy korzystali:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.**  | **Nazwisko i imię** | **Zwolnienie lekarskie** **od – do** | **Wynagrodzenie za czas choroby (płatne z F.P.)** | **Zasiłek chorobowy (płatny z ZUS)** | **Pozostałe nieobecności****w pracy****(ilość i rodzaj)** |
| **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 dnia ………………………...zgodnie z pozycją rozliczenia………………………..

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w umowie rachunku bankowego przez administratora danych osobowych tj. Powiatowego Urzędu Pracy w Kole (ul. Sienkiewicza 27, 62-600 Koło) w celu realizacji w/w umowy.

Oświadczam, że dane podaję dobrowolnie i zostałem/am poinformowany/a o prawie wglądu do swoich danych i możliwości żądania uzupełnienia, uaktualnienia, sprostowania oraz czasowego lub stałego wstrzymania ich przetwarzania lub ich usunięcia. Wycofanie zgody następuje po uprzednim złożeniu wniosku na piśmie do Inspektora ochrony danych osobowych w Powiatowym Urzędzie Pracy w Kole.

……………………………… …………………………………………. …………………………………

(opr. nazwisko i imię: nr tel. ) ( Główny Księgowy; pieczątka i podpis) (Pracodawca; pieczątka i podpis)