……………………………

(miejscowość, data)

……………………………….

Pieczęć pracodawcy

**Powiatowy Urząd Pracy**

**w Ostrowie Wielkopolskim**

ul. Wolności 29a

63-400 Ostrów Wielkopolski

**WNIOSEK**

o refundację części kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne skierowanych

do wykonywania **prac interwencyjnych**

**na podstawie umowy z dnia ………………… Nr UMPI/23/……….….. za miesiąc ……………..…….……../2023r..**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko bezrobotnego | Wysokość wynagrodzenia brutto zgodne  z listą płac | %  składki na ubezp. społ.  należnych  od pracodawcy | Kwota składki na ubezp. społ.  należna od pracodawcy | Refundacja wynagrodzenia  za pracę | Refundacja składek na ubezp. społeczne należne od pracodawcy  od kol. 6 | Ogółem refundacja  kol. 6+7 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Razem do refundacji:** | | | | |  |  |  |
| **Kwota refundacji słownie:** | | | | | | | |

Nazwa banku i nr rachunku, na który prosimy przekazać środki finansowe: ………………..……………………………………….. \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

Załączniki:

1. Uwierzytelniona kserokopia zanonimizowanej listy płac wraz z potwierdzenie wypłaty wynagrodzenia (przelew, dowód KW lub podpis pracownika na liście płac poświadczający odbiór wynagrodzenia).
2. Uwierzytelniona zanonimizowana lista obecności.
3. Potwierdzenie naliczenia składek na ubezpieczenia społeczne za skierowane osoby bezrobotne z potwierdzeniem opłacenia składek   
   ( deklaracja ZUS DRA z potwierdzeniami zapłaty zgodnie z deklaracją, zanimizowany raport ZUS RCA i ZUS RSA)
4. Kserokopie zwolnień lekarskich.

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

Imię i nazwisko, nr telefonu osoby pieczęć i podpis pracodawcy

sporządzającej wniosek