**WNIOSEK NALEŻY WYPEŁNIĆ CZYTELNIE BEZ UŻYCIA KOREKTORA CZARNYM BĄDŹ NIEBIESKIM KOLOREM**

**KAŻDĄ POPRAWKĘ NALEŻY OPATRZYĆ PODPISEM I PIECZĄTKĄ**

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

(pieczęć firmowa Pracodawcy) (miejscowość, data)

**Powiatowy Urząd Pracy**

**dla Powiatu Nowosądeckiego**

# WNIOSEK

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

Na podstawie art. 135, 137-139 ustawy z dnia 20.03.2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia  
(Dz. U. z 2025 r. poz. 620) oraz zgodnie z umową Nr UMPI/ . . . . . ./ . . . . . . . . . o zorganizowanie prac interwencyjnych zawartą w dniu . . . . . . . . . . . . . . . proszę o refundację:

- wynagrodzeń w kwocie: ……………………………………………………………………………………………....

- składek na ubezpieczenie społeczne od refundowanych wynagrodzeń………………………………………………..

- ogółem kwota refundacji:………………………………………………………………………………………………

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

Środki finansowe prosimy przekazać na konto…………………………………………………………………………

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

(numer rachunku bankowego lub rachunku prowadzonego w SKOK właściwego dla prowadzonej działalności Wnioskodawcy)

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

(sporządził, pieczątka i podpis) (Pracodawca, pieczątka i podpis)

***Załączniki:***

1. Rozliczenie finansowe wynagrodzeń osób zatrudnionych w ramach prac interwencyjnych (załącznik nr 1)
2. Uwierzytelniona kserokopia listy płac z potwierdzeniem odbioru wynagrodzenia (podpis pracownika na liście płac lub elektronicznie potwierdzenie przelewu)
3. Uwierzytelnione kserokopie deklaracji ZUS (DRA oraz RCA, RSA) z potwierdzeniem przesłania do ZUS
4. Dowód wpłaty składek na ZUS
5. Druk ZLA (w sytuacji, gdy wynagrodzenie za czas choroby finansowane było przez pracodawcę w wysokości 100%)

***Wszystkie załączniki należy składać w formie czytelnych kserokopii potwierdzonych za zgodność z oryginałem***

Załącznik nr 1

**Rozliczenie finansowe wynagrodzeń osób zatrudnionych w ramach prac interwencyjnych**

**za okres od . . . . . . . . . . . . . . . . . . do . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię zatrudnionego w ramach prac interwencyjnych | Wynagrodzenie brutto w zł /zgodnie z listą płac/ | Wynagrodzenie refundowane Pracodawcy z Funduszu Pracy w zł | Składka ZUS refundowana Pracodawcy z Funduszu Pracy w zł | Razem do refundacji z Funduszu Pracy w zł |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | Ogółem do refundacji słownie złotych: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | | | |  |

Jeżeli wymienieni pracownicy korzystali ze **zwolnienia lekarskiego** lub **urlopu bezpłatnego, urlopu z powodu siły wyższej** bądź **innej przerwy w zatrudnieniu** proszę o wypełnienie poniższej tabeli:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię | Zwolnienie lekarskie  od— do | Wynagrodzenie za czas choroby (płatne z funduszu Pracodawcy) | | Zasiłek  (płatny przez ZUS) | Urlop bezpłatny  lub inna przerwa  w zatrudnieniu  (od – do), urlop z powodu siły wyższej (liczba godzin) |
| ilość dni  od -do | kwota  w zł | ilość dni  od — do |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Oświadczam, że opłaciłem/am podatek z tytułu zatrudnienia pracownika (PIT-4) oraz należne składki  
na PPK za refundowany miesiąc (jeżeli dotyczy).

Oświadczam, że żaden element będący przedmiotem niniejszego wniosku o zwrot części kosztów poniesionych  
na wynagrodzenia, nagrody i składki na ubezpieczenia społeczne za skierowanych bezrobotnych zatrudnionych w ramach prac interwencyjnych na podstawie przedmiotowej umowy zawartej z PUP dla PN nie był, nie jest i nie będzie przedłożony do rozliczenia, poświadczenia refundacji w ramach innego instrumentu pomocowego finansowanego ze środków publicznych.

*Jestem świadomy zakazu podwójnego finansowania przedłożonych wydatków objętych refundacją w ramach wniosku  
o zwrot części kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody i składki na ubezpieczenia społeczne za skierowanych bezrobotnych zatrudnionych w ramach prac interwencyjnych, względem innej pomocy.*

**UWAGA:** Zwolniony ……………………………………………… dnia ……………………………………………....

(imię i nazwisko pracownika)

przyczyna zwolnienia ……………………………………………………………………......................................................

***Wiarygodność informacji podanych we wniosku i załączonych do niego dokumentów potwierdzam własnoręcznym podpisem.***

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

(sporządził. nazwisko i imię; nr tel.) (Pracodawca; pieczątka i podpis)