Załącznik nr 1

do umowy o zorganizowanie prac interwencyjnych

Dane pracodawcy Miejscowość, data

**Sądecki Urząd Pracy**

**ul. Zielona 55**

**w Nowym Sączu**

1. **Wniosek**

o zwrot części kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody i składki na ubezpieczenia społeczne za osoby skierowane do wykonywania prac interwencyjnych

na podstawie art. 51 lub/ i 61 aa ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz zgodnie z zawartą umową

w dniu nr UMPI/

o zorganizowanie zatrudnienia w ramach prac interwencyjnych, proszę o refundację:

* wynagrodzenie/nia w kwocie zł
* składki na ubezpieczenia społeczne zł

Ogółem kwota do refundacji zł

(słownie: )

Środki finansowe prosimy przekazać na rachunek bankowy nr:·

Główny Księgowy, pieczątka i podpis

Pracodawca, pieczątka i podpis

**Załączniki:**

1. Rozliczenie finansowe wynagrodzeń osób zatrudnionych w ramach prac interwencyjnych.
2. Kserokopia szczegółowej listy płac z pokwitowaniem odbioru wynagrodzenia[[1]](#footnote-1)\*(w przypadku dokonania wypłaty wynagrodzenia na rachunek bankowy – kopia listy płac wraz z wydrukiem przelewu) oraz podpisem osoby zatwierdzającej listę płac.
3. Kserokopia listy obecności/ ewidencji czasu pracy.1\*
4. Kserokopie deklaracji rozliczeniowych ZUS1\* wraz z dowodem zapłaty składek zgodnie z deklaracją rozliczeniową ZUS.
5. Kserokopie dowodów zapłaty zaliczki na podatek dochodowy od osób fizycznych od wynagrodzeń, (jeżeli dotyczy).

Kserokopie przedkładanych dokumentów winny być potwierdzone za zgodność z oryginałem.

Wniosek należy wypełnić czytelnie bez użycia korektora, czarnym bądź niebieskim kolorem, każdą poprawkę należy zaparafować (data, podpis).

1. **Załącznik nr 1 do wniosku**

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwisko i imię zatrudnionego w ramach prac interwencyjnych zgodnie z umową o pracę | Wynagrodzenie brutto w zł (zgodnie z listą płac) | Wynagrodzenie refundowane dla pracodawcy z Funduszu Pracy w zł | Składki na ubezpieczenia społeczne do refundacji w zł | Ogółem kwota do refundacji w zł |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Ponadto informuję, że niżej wymienieni pracownicy korzystali ze zwolnienia lekarskiego bądź urlopu bezpłatnego:

| L.p. | Nazwisko i imię | Zaświadczenie lekarskie od-do | Wynagrodzenie za czas choroby (płatne z funduszu pracodawcy) ilość dni od-do | Wynagrodzenie za czas choroby (płatne z funduszu pracodawcy) kwota w zł | Zasiłek chorobowy (płatny z ZUS) ilość dni od-do | Zasiłek chorobowy (płatny z ZUS) kwota w zł | Urlop bezpłatny  od-do |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

UWAGI:

Zwolniony dnia przyczyna zwolnienia

przyjęty na czas nieokreślony dnia zgodnie z pozycją rozliczenia:

(opracował/a nazwisko i imię, nr telefonu)

(Główny Księgowy, pieczątka i podpis)

(Pracodawca, pieczątka i podpis)

1. \*Dotyczy wyłącznie osoby/osób zatrudnionej/ych w ramach ww. umowy o zorganizowanie prac interwencyjnych.

   Niedopuszczalne jest przekazywanie danych innych osób, których refundacja nie dotyczy.

   W przypadku złożenia danych w szerszym zakresie, dane nadmiarowe należy zanonimizować. [↑](#footnote-ref-1)