

„ Aktywizacja zawodowa osób bezrobotnych w powiecie nowodworskim (I)”

|  |  |
| --- | --- |
|  | ……………………………….., dn. ……………… |
|  | (miejscowość, data) |
| ………………………………………………………. |  |
| (pieczęć zakładu) |  |
| ------ |
| (nr konta zgodny z zawartą umową) |  |

 Powiatowy Urząd Pracy

 w Nowym Dworze Mazowieckim

**WNIOSEK**

**o zwrot poniesionych kosztów w związku z zatrudnieniem bezrobotnych**

**lub bezrobotnych opiekunów osoby niepełnosprawnej**

**w ramach prac interwencyjnych za miesiąc** ………………………

Stosownie do postanowień art. 51, art. 56, art. 59 ustawy z dnia 20.04.2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jednolity Dz. U z 2024 r., poz. 475 z późn. zm.) w sprawie zasad finansowania świadczeń z Funduszu Pracy zgłaszamy wniosek o refundację kosztów poniesionych w związku z pracami interwencyjnymi.

Wniosek dotyczy umowy numer **UmPI/…………/………** zawartej w dniu…………………………..

Wysokość wynagrodzenia brutto wynikająca z zawartej umowy o pracę……………………………

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko bezrobotnego/bezrobotnego opiekuna osoby niepełnosprawnej | Wysokość wynagrodzenia podlegającego refundacji | % ZUS | Składka ZUS | Wynagrodzenie za czas choroby | Zasiłek chorobowy (nie podlega refundacji) | Ogółem do refundacji |
| ……………………….. | ……………… | ……… | ………. | ………………. | …………… | …………… |
| ……………………….. | ……………… | ……… | ………. | ………………. | …………… | …………… |
|  RAZEM | ……………… | ........... | ……….. | ………………. | …………… | …………… |

……………………………. ……………………………………………..

 ( główny księgowy) (pieczątka i podpis osoby upoważnionej

Oświadczam, iż **jestem** / **nie jestem\*** powiązany z osobami lub podmiotami, względem których stosowane są środki sankcyjne i które figurują na listach unijnych i krajowych oraz nie znajduję się na takiej liście. Przed złożeniem oświadczenia zapoznałem się z rejestrem osób/podmiotów objętych przedmiotowymi sankcjami zamieszczonym na stronie BIP MSWiA: www.gov.pl/web/mswia/lista-osob-i-podmiotow-objetych-sankcjami

\*odpowiednie skreślić

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

 ( pieczątka i podpis pracodawcy)

**Załączniki:**

- uwierzytelniona kopia listy płac wraz z pokwitowaniemodbioru wynagrodzenia ( np. potwierdzenie przelewu wynagrodzenia)

- kserokopie zwolnień lekarskich

- dowód odprowadzenia składki na ubezpieczenie społeczne,

- deklaracja DRA