

....., dn.
(miejsowość, data)

(pieczęć zakładu)

□□-□□□□-□□□□-□□□□-□□□□-□□□□-□□□□

Powiatowy Urząd Pracy w Nowym Dworze Mazowiecki

(nr konta zgodny z zawartą umową)

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 20.04.2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t.j. 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.....

Imię i nazwisko bezrobotnego/ bezrobotnego opiekuna osoby niepełnosprawnej	Wysokość wynagrodzenia wynikająca z umowy o pracę -brutto	Wysokość wynagrodzenia podlegającego refundacji	% ZUS	Składka ZUS	Wynagrodzenie za czas choroby	Zasiłek chorobowy (nie podlega refundacji)	Ogółem do refundacji
.....
.....
RAZEM

.....
(główny księgowy)

.....
(pieczęć i podpis pracodawcy lub 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

.....
pieczęć i podpis pracodawcy

Załączniki:

- uwierzytelniona kopia listy płac wraz z pokwitowaniem odbioru wynagrodzenia (np. potwierdzenie przelewu wynagrodzenia)
- kserokopie zwolnień lekarskich
- deklaracja DRA oraz dowód odprowadzenia składki na ubezpieczenie społeczne,