

.....
(pieczęć wnioskodawcy)

.....
(miejsowość, data)

.....
(numer rachunku firmowego pracodawcy)

**POWIATOWY URZĄD PRACY
w Nowym Dworze Gdańskim**

tel. 552469522

e-mail: refundacje@ndg.praca.gov.pl

umowa numer

WNIOSEK

**o zwrot poniesionych kosztów w związku z zatrudnieniem pracowników
w ramach prac interwencyjnych za miesiąc/rok**

Stosownie do postanowień Art. 135 ust. 1 ustawy z dnia 20.03.2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia oraz zgodnie z umową o organizację prac interwencyjnych zawartą w dniu na okres od do zgłaszamy wniosek o refundację części kosztów poniesionych w związku z pracami interwencyjnymi.

Wynagrodzenie **refundowane** dla osób zatrudnionych w ramach w/w umowy wynosi zł

Składka na ubezpieczenia społeczne od w/w kwoty obciążająca pracodawcę zł

RAZEMzł

(słownie:)

Lp	Imię i nazwisko	Wysokość wynagrodzenia podlegająca refundacji (bez chorobowego)	Składka ZUS %, kwota od rubr. 3	Liczba dni zwoln. lekarsk.	Wynagrodzenie refundow. za czas choroby	Ogółem do refundacji rubr. 3+4+6
1	2	3	4	5	6	7
RAZEM						

.....
(podpis, pieczęć i nr telefonu osoby wypełniającej wniosek)

.....
(pieczęć i podpis Pracodawcy)

- Załączniki:** - kopie listy płac wraz z pokwitowaniem odbioru wynagrodzenia, a w przypadku przelewania wynagrodzenia na konto osobiste pracownika należy dołączyć potwierdzenie przelewu wynagrodzenia i listę płac
- lista obecności,
 - raport RSA(w przypadku wystąpienia zwolnienia lekarskiego pracownika)
 - deklaracja ZUS zbiorowa DRA oraz raport imienny RCA (tylko z nazwiskami w/w osób),
 - dowód odprowadzenia składki na ubezpieczenia społeczne.

W/w załączniki składane w kserokopii muszą być potwierdzone „za zgodność z oryginałem” pieczątką i podpisem pracodawcy lub upoważnionego pracownika.

.....

Wypełnia Powiatowy Urząd Pracy

Sprawdził dnia Zestawienie nr/...../.....

(podpis pracownika PUP)