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

( pieczęć firmowa pracodawcy ) ( miejscowość, data )

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

( nr konta )

**POWIATOWY URZĄD PRACY**

**w .................................................**

# WNIOSEK

o zwrot poniesionych kosztów w związku z zatrudnieniem bezrobotnych w ramach prac interwencyjnych za miesiąc .......................................................

Stosowanie do postanowień art. 435 ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (tekst jednolity Dz.U. 2025 poz. 620) w sprawie zasad finansowania i przyznawania świadczeń z Funduszu Pracy zgłaszamy wniosek o refundację kosztów poniesionych w związku z pracami interwencyjnymi. Wniosek dotyczy umowy numer....................... zawartej w dniu ..................................

Ogólna kwota wydatków poniesionych na ......... bezrobotnych wynosi ............................. zł. W tym na koszty ZUS: ................................zł.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Imię i Nazwisko bezrobotnego | Wys. Wynagrodzenia podlegające refundacji ( bez zasiłku chorob.) | % ZUS | Składka ZUS | Zasiłek chorobowy | Ogółem do refundacji | Kolejny m-c refundacji |
|  |  |  |  |  |  |  |
| ...........................................  ...........................................  ...........................................  ...........................................  ........................................... | ...............................  ...............................  ...............................  ...............................  ............................... | ..............  ..............  ..............  ..............  .............. | ...................  ...................  ...................  ...................  ................... | .................  .................  .................  .................  ................. | ......................  ......................  ......................  ......................  ...................... | ...............  ...............  ...............  ...............  ............... |
| Razem |  |  |  |  |  |  |

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

( Główny Księgowy) ( Pracodawca)

Załączniki:

**uwierzytelnione**

- kopie dowodów wpłat/list płac/z potwierdzeniem i data odbioru wynagrodzenia przez zatrudnionego bezrobotnego ( tj. potwierdzenie przelewu wynagrodzenia a w przypadku wypłaty wynagrodzenia gotówką - czytelny podpis uprawnionego do wykonywania prac interwencyjnych na liście płac z adnotacją „wynagrodzenie otrzymałem w dniu” lub dowód wypłaty KW

* kserokopie list obecności
* kopie miesięcznej deklaracji rozliczeniowej oraz imiennych raportów miesięcznych za zatrudnionego bezrobotnego
* kserokopie dokumentu płatniczego potwierdzającego dokonanie wpłaty składek na ubezpieczenie społeczne, zdrowotne i Fundusz Pracy wraz z oświadczeniem PRACODAWCY iż powyższa kwota zawiera składkę ubezpieczeniową za pracowników zatrudnionych w ramach prac interwencyjnych
* kserokopii zwolnień lekarskich