………………………………..

(miejscowość, data)

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

(pieczęć firmowa Pracodawcy)

**Powiatowy Urząd Pracy w Płońsku**

**WNIOSEK**

**o zwrot części kosztów poniesionych na wynagrodzenia oraz składki na ubezpieczenie społeczne w związku z zatrudnieniem osób bezrobotnych   
w ramach prac interwencyjnych** w ramach projektu„Aktywizacja zawodowa osób bezrobotnych w powiecie płońskim (II)" współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego +, w ramach Funduszy Europejskich dla Mazowsza 2021-2027, Oś priorytetowa VI Fundusze Europejskie dla aktywnego zawodowo Mazowsza**,** Działanie 6.1 – Aktywizacja zawodowa osób bezrobotnych #FunduszeUE **za miesiąc** ………….…………… **2025 r.**

Na podstawie art. 51 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy zwracam się z wnioskiem o zwrot części kosztów poniesionych na wynagrodzenia i składki na ubezpieczenie społeczne skierowanych osób bezrobotnych zatrudnionych w ramach prac interwencyjnych oraz w związku z art. 440 ust. 1 ustawy  
z dnia 20 marca 2025 r., o rynku pracy i służbach zatrudnienia. Wniosek dotyczy umowy/porozumienia numer **UmPI/25/**..................... zawartej/go w dniu ................. **2025 r.**

**Rozliczenie finansowe wynagrodzeń osób zatrudnionych w ramach prac interwencyjnych za okres od ………………...… 2025 r. do …………………. 2025 r.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko**  **pracownika** | **Kwota refundacji**  **za czas przepracowany** | **% ZUS** | **Składka ZUS** | **Wynagrodzenie chorobowe** | **Ogółem do refundacji** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Razem:** | |  |  |  |  |  |

**Ogółem do refundacji** (słownie w złotych): **……………………………………………………………….  
…………………………………………………………………………………………………………………………………….**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ponadto informuję, że niżej wymienieni pracownicy korzystali ze zwolnienia lekarskiego bądź urlopu bezpłatnego:** | | | | | | | |
| Lp. | Imię i nazwisko  pracownika | Zwolnienie lekarskie  od - do | Wynagrodzenie za czas choroby (płatne z funduszu pracodawcy) | | Zasiłek chorobowy  (płatny z ZUS) | | Urlop bezpłatny  od - do |
| Ile dni | kwota | Ile dni | kwota |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **……………………………………………………………………………………………………………………………**  (Nazwa banku i nr konta)  **Załączniki:**   1. Kserokopie list obecności pracowników. 2. Kserokopie list płac. 3. Kserokopie potwierdzenia dokonania przelewów wynagrodzeń na rachunek bankowy pracowników. 4. Kserokopie wniosków urlopowych. 5. Kserokopie deklaracji rozliczeniowej ZUS DRA oraz RCA. 6. Kserokopie deklaracji ZUS RSA oraz kserokopie zwolnień lekarskich − w przypadku choroby. 7. Kserokopia potwierdzenia dokonania przelewu do ZUS (opłata składek na ubezpieczenie społeczne).   **UWAGA!**   1. **Należy przyjąć, że miesiąc liczy 30 dni.** 2. **Kwoty w rozliczeniu finansowym należy zaokrąglać do 2 miejsc po przecinku.** 3. **Pracodawca załącza dokumenty dotyczące wyłącznie pracownika zatrudnionego w ramach prac interwencyjnych.**   **Wszystkie kserokopie dokumentów należy potwierdzić za zgodność z oryginałem (pieczęć firmowa i podpis osoby potwierdzającej).**  ...……………………………….. …………………………………….  (opr.: imię i nazwisko, nr tel.) (pieczątka i podpis Pracodawcy) | | | | | | | |

**LISTA OBECNOŚCI OSOBY ZATRUDNIONEJ W RAMACH PRAC INTERWENCYJNYCH   
ZA MIESIĄC ........................................ 2025 r.**

**Imię i nazwisko pracownika ....................................................................................**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Data** | **Godzina rozpoczęcia pracy** | **Godzina zakończenia pracy** | **Ilość godzin** | **Podpis pracownika** | **Podpis osoby**  **uprawnionej do**  **kontroli listy** |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |  |
| **11** |  |  |  |  |  |
| **12** |  |  |  |  |  |
| **13** |  |  |  |  |  |
| **14** |  |  |  |  |  |
| **15** |  |  |  |  |  |
| **16** |  |  |  |  |  |
| **17** |  |  |  |  |  |
| **18** |  |  |  |  |  |
| **19** |  |  |  |  |  |
| **20** |  |  |  |  |  |
| **21** |  |  |  |  |  |
| **22** |  |  |  |  |  |
| **23** |  |  |  |  |  |
| **24** |  |  |  |  |  |
| **25** |  |  |  |  |  |
| **26** |  |  |  |  |  |
| **27** |  |  |  |  |  |
| **28** |  |  |  |  |  |
| **29** |  |  |  |  |  |
| **30** |  |  |  |  |  |
| **31** |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** | |  |  | |

**Oznaczenia na liście obecności:**

**Uw** - urlop wypoczynkowy;

**Ub** - urlop bezpłatny;

**Ch -** zwolnienie lekarskie;

**Cs** - leczenie szpitalne;

**Nn** - nieobecność nieusprawiedliwiona;

**Nu -** nieobecność usprawiedliwiona;

**Op** - opieka (2 dni lub 16h);

**M** - urlop macierzyński/ ojcowski