Miejscowość, data

Pieczęć firmowa pracodawcy

**Powiatowy Urząd Pracy  
w Stalowej Woli**

# Wniosek o zwrot części kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody i składki na ubezpieczenia społeczne za skierowanych bezrobotnych zatrudnionych w ramach prac interwencyjnych

Na podstawie *(zaznaczyć właściwe)* art. 51 , 56 , 59  ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t.j. Dz.U. z 2025 r., poz. 214) oraz zgodnie z zawartą umową nr w dniu w sprawie organizowania i finansowania prac interwencyjnych, prosimy o refundację:

* wynagrodzeń w kwocie zł
* składki na ubezpieczenie społeczne od refundowanych  
  wynagrodzeń w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 38 ww. ustawy zł
* ogółem do refundacji kwota zł

(słownie zł: )

Środki finansowe prosimy przekazać na rachunek numer

Główny Księgowy

pieczątka i podpis

Pracodawca

pieczątka i podpis

Załączniki:

1. Rozliczenie finansowe (załącznik nr 1).
2. Kopia listy płac z potwierdzeniem odbioru wynagrodzenia.
3. Kopia listy obecności.
4. Kopia deklaracji (ZUS DRA i ZUS RCA, RSA) i wpłat składek do ZUS.

*Kopie przedkładanych dokumentów winny być potwierdzone za zgodność z oryginałem*

Załącznik nr 1 do „Wniosku o zwrot części kosztów…”

Pieczęć firmowa pracodawcy

**Rozliczenie finansowe wynagrodzeń osób zatrudnionych w ramach prac interwencyjnych**

**za okres od do**

| Lp. | Nazwisko i imię zatrudnionego w ramach prac interwencyjnych | Wynagrodzenie wypłacone przez pracodawcę brutto w zł | Wynagrodzenie refundowane dla pracodawcy w zł | Wynagrodzenie chorobowe podlegające refundacji | Wpłata do ZUS …% od rubr. 4 w zł | Razem do refundacji w zł (rubr. 4+5+6) |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Razem** | | |  |  |  |  |

Ogółem do refundacji: słownie złotych:

Ponadto informuję, że niżej wymienieni pracownicy korzystali ze zwolnienia lekarskiego bądź urlopu bezpłatnego:

| Lp. | Nazwisko i imię | Zwolnienie lekarskie od - do | Wynagrodzenie za czas choroby (płatne z funduszu pracodawcy) | | Zasiłek chorobowy (płatny z ZUS) | | Urlop bezpłatny od - do |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ilość dni od - do | kwota  w zł | ilość dni od - do | kwota w zł |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

Uwagi:

Pracownik zwolniony dnia

przyczyna zwolnienia

**Ponadto oświadczam, że za ww. osoby zatrudnione w ramach prac interwencyjnych, za okres wskazany we wniosku, został opłacony podatek PIT-4**

opr. nazwisko i imię; nr tel.

Główny Księgowy  
pieczątka i podpis

Pracodawca  
pieczątka i podpis