....
(pieczęć firmowa pracodawcy) (miejscowość ,data)

Powiatowy Urząd Pracy
w Czarnkowie

WNIOSEK

o zwrot części kosztów poniesionych na wynagrodzenia , nagrody i składki na ubezpieczenie społeczne za skierowanych bezrobotnych zatrudnionych w ramach prac interwencyjnych *), robót publicznych *)

Dotyczy zatrudnienia w okresie : do 6 miesięcy *),do 12 miesięcy *),do 18 miesięcy *)
Umowa nr ..... z dnia .....

Na podstawie art. 51, 56, 57 ustawy z dnia 20.04.2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2004 r. Nr 99, poz.1001) z tytułu zatrudnienia skierowanych bezrobotnych , prosimy o refundację :

- wynagrodzenie w kwocie ..... zł

- składki na ubezpieczenie społeczne od refundowanych wynagrodzeń w kwocie ..... zł

Ogółem do refundacji kwota ..... zł

(słownie złotych : .....
.....

Środki finansowe prosimy przekazać :

.....
(nazwa banku , numer konta)

* niepotrzebne skreślić

....
(Główny Księgowy , pieczątka i podpis) (Pracodawca , pieczątka i podpis)

Załączniki:
1. Rozliczenie finansowe
2. Kopia listy płac z potwierdzonym odbiorem wynagrodzenia
3. Kserokopia listy obecności
4. Kserokopia Deklaracji ZUS – DRA
5. Kserokopia dowodów wpłaty opłat ZUS
6. Kserokopia zwolnień lekarskich.

Kserokopie należy uwierzytelnić za zgodność odpisu z oryginałem.
(wniosek łącznie z rozliczeniem finansowym prosimy złożyć w 2 egzemplarzach)

.....
(Pieczęć firmowa pracodawcy)

Rozliczenie finansowe wynagrodzeń osób zatrudnionych w ramach prac interwencyjnych *), robót publicznych *)

za okres od ..... do .....

Lp.	Nazwisko i imię zatrudnionego bezrobotnego	Wynagrodzenie brutto w zł	Koszty podlegające refundacji z Funduszu Pracy w zł		
			Wynagrodzenie	Składki na ubezpieczenie społeczne	Razem
1	2	3	4	5	6
Ogółem do refundacji : słownie złotych					

Ponadto informuję, że 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:

Zwolniony dnia ..... przyczyna zwolnienia .....

Przyjęty na czas nieokreślony dnia ..... zgodnie z pozycją rozliczenia .....

.....	.....	.....
(opr. nazwisko i imię ; nr tel.)	(Główny Księgowy; pieczątka i podpis)	(Pracodawca; pieczątka i podpis)

*) niepotrzebne skreślić