Załącznik Nr 2do Regulaminu w sprawie   
organizowania prac interwencyjnych

**……………………………………**r.

(miejscowość, data)

(pieczęć Pracodawcy)

**Starosta Powiatu Opolskiego**

**za pośrednictwem**

**Powiatowego Urzędu Pracy**

**w Opolu Lubelskim**

### WNIOSEK

### o zwrot części kosztów z tytułu zatrudnienia skierowanych bezrobotnych w ramach prac interwencyjnych

Wniosek dotyczy umowy numer …………. zawartej w dniu ………………..r. **w sprawie organizowania prac interwencyjnych.**

**Refundacja dotyczy okresu od …………… ..r. do …………………. r.**

**Wysokość refundacji wyliczona na podstawie Załącznika Nr 1 do Wniosku o zwrot części wynagrodzeń:**

* Wysokość wynagrodzenia ………………………zł
* Składka ZUS ………………………zł
* Wynagrodzenie za czas choroby ………………………zł

**Ogółem do refundacji**  ……………………...zł

*(słownie złotych*):…………………………………………………………………….…………………………………..zł

Należność prosimy przekazać na konto: w

Nr

Załączniki:

1. lista płac – zatwierdzona do wypłaty przez upoważnione osoby, zawierająca potwierdzenia odbioru przez pracowników wynagrodzenia lub dowody wpłaty na ROR-y:
2. lista nagród sporządzona jak wyżej,
3. deklaracja rozliczeniowa ZUS DRA,
4. kserokopia raportu imiennego ZUS RCA zatrudnionej osoby w ramach prac interwencyjnych,
5. dowód wpłaty – składek na ubezpieczenie społeczne,
6. dowód wpłaty zaliczki na podatek dochodowy,
7. lista obecności,
8. kserokopia zwolnienia lekarskiego oraz deklaracji ZUS RSA

**Wszystkie załączniki do wniosku będące kserokopiami muszą być poświadczone za zgodność z oryginałem.**

***Oświadczam, że w kwotach składek na ubezpieczenie społeczne znajdują się składki za osobę zatrudnioną w ramach prac interwencyjnych.***

...

(Główny księgowy, pieczątka i podpis) (Pracodawca, pieczątka i podpis)

**Załącznik Nr 1** do Wniosku o zwrot części kosztów z tytułu zatrudnienia skierowanych bezrobotnych w ramach prac interwencyjnych za okres od ……………………. do……………………….

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Nazwisko i imię Pracownika*** | ***Koszty Pracodawcy*** | | | ***Łączna liczba dni na zwolnieniu lekarskim w danym miesiącu (dot. Pracownika)*** | ***Suma wszystkich dni na zwolnieniu lekarskim w ciągu roku (dot. Pracownika)*** | ***Refundacja dla Pracodawcy*** | | | |
| ***Wynagrodzenie brutto*** | ***Składki ZUS*** | ***Wynagrodzenie za czas choroby*** | ***Wysokość wynagrodzenia podlegająca refundacji*** | ***Składki ZUS*** | ***Wynagrodzenie za czas choroby*** | ***Ogółem do refundacji*** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11(8+9+10)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ***Ogółem do refundacji: słownie złotych……………………………………………………………………………………………………………………*** | | | | | | | | | |  |

..................................................... ……..........................................

(Główny księgowy, pieczątka i podpis) (Pracodawca, pieczątka i podpis)