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

 (pieczęć pracodawcy) (miejscowość, data)

**Powiatowy Urząd Pracy**

**w Zamościu**

**WNIOSEK**

o refundację części kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne za skierowanych bezrobotnych
w ramach prac interwencyjnych za miesiąc .........................................

**numer konta**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Stosownie do postanowień art. 2 ust. 1 pkt 26, art. 51, art. 56, art. 59, art. 108 ust. 1 pkt 16 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy
(Dz.U. z 2024 r. poz. 475 ze zm.) zgłaszamy wniosek o refundację kosztów poniesionych w związku z organizacją prac interwencyjnych dla skierowanych bezrobotnych.

Wniosek dotyczy umowy numer ................................... ……………………………………

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko bezrobotnego | Wysokość refundacji części kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne skierowanych bezrobotnych (bez wynagrodzenia chorobowego) | % ZUS | Składka ZUS | Wynagro-dzenie chorobowe | Ogółem do refundacji |
| ................................................................................................................................................................................................................................................................................. | ..................................................................................................................................................................................................................................................... | ......................................................................................................... | ....................................................................................................................... | ............................................................................................................................................ | ............................................................................................................................................................................................. |
| Razem |  |  |  |  |  |

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

 Pracodawca (pieczęć i podpis)

Załączniki:

1. kserokopie list obecności,
2. kserokopie zwolnień lekarskich,
3. kserokopie list płac wraz z pokwitowaniem odbioru wynagrodzenia,
4. kserokopie deklaracji na ubezpieczenie społeczne DRA i przelew,
5. wypełnione oświadczenie dołączone do niniejszego wniosku i przelew podatku do US (PIT 4) za wszystkich pracowników.
6. kserokopie dokumentów ZUS-RCA lub ZUS-RSA

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

**Wniosek bez kompletu załączników nie zostanie rozpatrzony.**

|  |
| --- |
|  |
| **Pracownik** | *…......................* | *…......................* | *…......................* | *…......................* | *…......................* |
| **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** |   |   |   |   |   |
| **Σ** |   |   |   |   |   |

 ………………………….……

/podpis i pieczęć Pracodawcy/

……..……………, dnia …………..……….

Pełna nazwa pracodawcy /nazwisko, imię, dokładny adres/

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że podatek dochodowy od osób fizycznych, od łącznej kwoty dokonanych wypłat za miesiąc ………………………… za rok ……………., został odprowadzony w wysokości …………………………………………………………………….

słownie …………………………………………………………………………………………………

………………………………………..

Pracodawca

 pieczątka i podpis

załączniki:

* wpłata/y do Urzędu Skarbowego PIT -4