

***Dotyczy:***

**Tytuł Projektu „Aktywizacja osób młodych pozostających bez pracy w powiecie kamiennogórskim (V)”**

Oś priorytetowa: I Rynek pracy otwarty dla wszystkich

Działanie: 1.1.Wsparcie osób młodych pozostających bez pracy na regionalnym rynku pracy – projekty pozakonkursowe

Poddziałanie: 1.1.1. Wsparcie udzielane z Europejskiego Funduszu Społecznego

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

pieczęć firmowa Pracodawcy miejscowość i data

**Powiatowy Urząd Pracy w Kamiennej Górze**

**WNIOSEK**

**o zwrot części kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody i składki na ubezpieczenie społeczne z tytułu zatrudnienia skierowanych bezrobotnych w ramach prac interwencyjnych za miesiąc ……………………..….rok………………**

Na podstawie art. 51 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tj. . Dz. U. z 2019r. poz. 1482 z późn. zm.) z tytułu zatrudnienia bezrobotnych w ramach prac interwencyjnych oraz zgodnie z zawartą umową Nr ......................... z dnia ............................. prosimy o refundację:

* wynagrodzenia za zatrudnionego w ramach prac interwencyjnych w kwocie .................................... zł
* składki na ubezpieczenie społeczne od refundowanych wynagrodzeń .................................. zł
* **Ogółem do refundacji kwota** ............................................... **zł**

(słownie.złotych:………………………………………………………………………………………………………………........……………………………………………………………………………………

Środki finansowe prosimy przekazać: (nazwa banku i nr rachunku bankowego) ………..............................................................................................................................................................................................

**Powyższa wysokość refundacji wynika z następującego rozliczenia:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwisko i imię zatrudnionego** | **Rozliczenie wynagrodzenia**  **za czas pracy** | | | **Rozliczenie wynagrodzenia**  **za czas niezdolności do pracy (art. 92 kp)** | | | **Składki na ubezpieczenie emerytalne, rentowe i wypadkowe – łącznie ...........%**  **od kwoty z kol. 4** | **Ogółem kwota do refundacji**  **(4+7+8)** |
| **Liczba dni** | **Stawka**  **dzienna** | **Wynagrodzenie do refundacji (2 x 3)** | **Liczba dni** | **Stawka dzienna** | **Wynagrodzenie do refundacji (5 x 6)** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|  |  | **28,70** |  |  | **22,96** |  |  |  |

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

Pieczątka i podpis pracodawcy

Załączniki :

1. Kserokopia lub kopia listy płac wraz z pokwitowaniem odbioru wynagrodzenia przez pracownika
2. Kserokopia listy obecności
3. Kserokopie deklaracji rozliczeniowej (ZUS DRA, ZUS RCA/ZUS RSA),
4. Kserokopia dowodu wpłaty/polecenia przelewu należności z tytułu składki na ubezpieczenie społeczne

*Uwaga! Wszystkie kserokopie dokumentów powinny być potwierdzone przez Pracodawcę lub osobę upoważnioną*