.....
(pieczęć firmowa pracodawcy)

.....
(miejscowość, data)

.....
(Nazwa Banku)

.....
(numer konta bankowego)

POWIATOWY URZĄD PRACY
w S A N O K U

WNIOSEK
O ZWROT PONIESIONYCH KOSZTÓW W ZWIĄZKU Z ZATRUDNIANIEM BEZROBOTNYCH W RAMACH **PRAC INTERWENCYJNYCH** NA PODSTAWIE ZAWARTEJ UMOWY

NR UMOWY ..... ZA MIESIĄC ....., ROK……

l.p.	Nazwisko i imię bezrobotnego	Liczba dni podleg. refundacji	Liczba dni opieki i urlopu bezpłat.	Wysokość wynagrodzenia do refundacji wg umowy o prace interwencyjne				Kwota ogółem do refundacji
				Wysokość wynagrodz. brutto podlegająca refundacji bez chorob.	Kwota składki ZUS .....%	Liczba dni chor. ……..%	Wynagro-dzenie za czas choroby	
RAZEM								

Oświadczam, że składki ZUS od refundowanego wynagrodzenia zatrudnionych pracowników odprowadzone zostały w miesiącu…… 20… r.

.....
(pieczątka i podpis osoby upoważnionej)

Załączniki:
1. Kserokopia list płac z potwierdzeniem odbioru lub przelewu wynagrodzenia, w tym wynagrodzenia za czas choroby
2. Kserokopia list obecności
3. W przypadku choroby lub opieki kserokopia zaświadczenia lekarskiego ZLA i deklaracja ZUS RSA
4. Deklaracja ZUS DRA,
5. Kserokopia dowodu potwierdzającego opłacenie składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne i F.P **z zawartym stwierdzeniem, że w opłaconej składce mieści się składka na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne i F.P. za pracowników zatrudnionych zgodnie z zawartą umową z podpisem i imienną pieczęcią upoważnionej osoby.**

Kopie (kserokopie) powyższych dokumentów muszą być potwierdzone zgodności z oryginałem z datą i podpisem osoby upoważnionej

……..
/pieczęć firmowa pracodawcy/

……
/miejscowość i data/

Oświadczenie pracodawcy zatrudniającego w ramach umowy o prace interwencyjne nr: UMPI……

Oświadczam, że w miesiącu/miesiącach……..:

1. Nie skorzystałem(am) / skorzystałem(am) / bądź skorzystam * ze zwolnienia z obowiązku opłacania należności z tytułu składek w wysokości …….(zwolnienie w %)** na ubezpieczenie społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Solidarnościowy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych lub Fundusz Emerytur Pomostowych , na podstawie ustawy z dnia 02 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID -19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. 2020. poz. 374 z późn. zm.).
2. Nie skorzystałem (am) / skorzystałem (am) bądź skorzystam z dofinasowania części kosztów wynagrodzenia pracownika z innych środków publicznych poza refundacją przysługująca w ramach umowy o organizacje prac interwencyjnych zawartą z Powiatowym Urzędem Pracy w Sanoku.

OŚWIADCZAM,ŻE INFORMACJE PODANE PRZEZE MNIE SĄ ZGODNE Z PRAWDĄ ORAZ, ŻE JESTEM ŚWIADOMY (ŚWIADOMA)ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ WYNIKAJĄCEJ Z ART.233§1USTAWY Z DNIA 6 CZERWCA 1997R.– KODEKS KARNY (DZ.U.Z 2019R.POZ.1950, Z PÓŹN.ZM.)ZA ZŁOŻENIE FAŁSZYWEGO OŚWIADCZENIA LUB ZATAJENIE PRAWDY.

…...……..……..……...
/pieczątka i podpis osoby upoważnionej/

*** niepotrzebne skreślić**
**** wymagane uzupełnić – proszę określić zwolnienie w %.**