**Powiatowy Urząd Pracy   
w Ostrowcu Świętokrzyskim**

REGON 291140149 NIP 661-10-15-867 27- 400 Ostrowiec Świętokrzyski

Telefon 41 2654208, faks: 41 2633340 ul. Aleja 3 Maja 36

Adres e- mail: kios@praca.gov.pl www.ostrowiec.praca.gov.pl

.………………………………………..

(miejscowość, data)

……………………………………………… **Starosta Ostrowiecki**

Nazwa organizatora  **Powiatowy Urząd Pracy**

……..……………………………..………… **w Ostrowcu Św.**

(nr konta)

**WNIOSEK**

O zwrot poniesionych kosztów w związku z zatrudnieniem bezrobotnych w ramach prac interwencyjnych za miesiąc …………………………..

Wniosek dotyczy umowy numer …………….….. zawartej w dniu ………………………………..

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko**  **osoby bezrobotnej** | **Wysokość wynagrodzenia podlegająca refundacji** | **% ZUS**  **określony umową** | **Składka**  **ZUS** | **Ogółem do**  **refundacji** | **Ogółem dni** | |
| **Do**  **refundacji**  **Do**  **refund.** | **Na zwol. lekarskim** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** |  |  |  |  |  |  |

**Jednocześnie oświadczam, że poniesione koszty związane z zatrudnieniem wymienionej osoby bezrobotnej za wskazany okres są wyższe od kwoty wnioskowanej refundacji za tę osobę.**

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

(sporządził) (Główny Księgowy) (Czytelny podpis wnioskodawcy lub

osoby upoważnionej do reprezentowania)

Załączniki:

* uwierzytelnione kopie list płac wraz z pokwitowaniem odbioru wynagrodzenie,
* kserokopie list obecności,
* kserokopie zwolnień lekarskich,

- dowód odprowadzenia składki na ubezpieczenie społeczne,

- deklaracja rozliczeniowa ZUS DRA, RCA/RSA.