

# POWIATOWY URZĄD PRACY W PABIANICACH

ul. Waryńskiego 11, 95 – 200 Pabianice, tel. 42 22-54-200, fax. 42 215-23-00

www.pabianice.praca.gov.pl email: lopa@praca.gov.pl

Pabianice, dn. ....

.....  
Pieczęć Pracodawcy

**POWIATOWY URZĄD PRACY  
W PABIANICACH  
UL. WARYŃSKIEGO 11**

## **WNIOSEK O ZWROT CZĘŚCI KOSZTÓW PONIESIONYCH NA WYNAGRODZENIA, NAGRODY I SKŁADKI NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE Z TYTUŁU ZATRUDNIENIA OSOBY BEZROBOTNEJ W RAMACH PRAC INTERWENCYJNYCH**

W związku z realizacją umowy.....  
z dnia..... wnoszę o refundację części kosztów poniesionych  
na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne za zatrudnionego  
pracownika:

1. Pani/Pana.....  
za okres od ..... do .....(maksymalnie miesiąc)
2. We wskazanym okresie/miesiącu na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na  
ubezpieczenia społeczne dla zatrudnionego **ponieśliśmy koszty w wysokości**  
....., **w tym:**  
§ 4010 wynagrodzenia(w tym nagrody) .....  
§ 4010 wynagrodzenia za czas choroby ..... (ilość dni choroby .....)  
§ 4110 ZUS (            % ) .....
3. Oświadczam, iż we wskazanym wynagrodzeniu nie ma uwzględnionych ekwiwalentów i  
innych składników niewchodzących w skład wynagrodzenia i niepodlegających  
refundacji.
4. **Wnioskuje o refundację części poniesionych kosztów** na wynagrodzenia, nagrody  
oraz składki na ubezpieczenia społeczne dla zatrudnionego bezrobotnego  
**w wysokości** ..... zł, w tym:  
(stanowiącej kwotę nie wyższą niż określona w § 7 umowy poniesionych kosztów i wyliczonej w sposób określony w umowie),  
§ 4010 wynagrodzenia(w tym nagrody) .....  
§ 4010 wynagrodzenia za czas choroby ..... (ilość dni choroby .....)  
§ 4110 ZUS (            % ).....
5. Refundację proszę przekazać na rachunek bankowy wskazany we wniosku.
6. Osoba do kontaktu ze strony Pracodawcy .....
7. Informuję, że sytuacja Pracodawcy **uległa / nie uległa\*** zmianie i **jest / nie jest\*** zgodna  
z treścią oświadczeń złożonych we wniosku o organizację prac interwencyjnych.

(\* niepotrzebne skreślić)

.....  
Podpis i pieczęć Pracodawcy

**Załączniki:**

- a. kserokopia umowy o pracę, (w przypadku wystąpienia z pierwszym wnioskiem o refundację za daną osobę);
- b. zgłoszenie do ubezpieczenia - deklaracja ZUS – ZUA; (w przypadku wystąpienia z pierwszym wnioskiem o refundację za daną osobę);
- c. kserokopia deklaracji ZUS-DRA za refundowany miesiąc;
- d. kserokopia raportu imiennego ZUS – RCA;
- e. potwierdzenie opłat ZUS za refundowany miesiąc;
- f. kserokopia raportu imiennego ZUS – RSA w przypadku choroby pracownika lub dni nieodpłatnych;
- g. kserokopia listy płac z podpisem pracownika lub lista płac z potwierdzeniem przelewu wynagrodzenia na rachunek bankowy pracownika.

**UWAGA: kserokopie dokumentów Wnioskodawca potwierdza za zgodność z oryginałem.**

**Część przeznaczona na adnotacje Urzędu Pracy**

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

**Do refundacji przyjęto kwotę:** .....  
§ 4010 wynagrodzenia(w tym nagrody) .....  
§ 4010 wynagrodzenia za czas choroby.....  
§ 4110 ZUS (            %) .....

.....  
(sporządził)

.....  
(sprawdził)

**Decyzja Dyrektora Urzędu:  
Zatwierdzam / nie zatwierdzam**