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

pieczęć firmowa Pracodawcy miejscowość i data

**Starosta Gostyński**

Na podstawie art. **135** ustawy z dnia 20 marca 2025 roku o rynku pracy i służbach zatrudnienia   
(t.j. Dz. U. 2025 r., poz.620) w związku z Umową Nr................... z dnia ...................................   
w sprawie zwrotu części poniesionych kosztów związanych zatrudnieniem bezrobotnych w ramach prac interwencyjnych proszę o refundację poniesionych kosztów za okres od dnia ...................... do dnia ............................ na:

* wynagrodzenie dla ............. zatrudnionego(ych) w wysokości:

(liczba zatrudnionych)

............................................. zł /§4010/

* składki na ubezpieczenia społeczne w wysokości

............................................. zł /§4110/

* wynagrodzenie za czas choroby w wysokości ............................................. zł /§4010/

Ogółem do refundacji : ............................................. zł

słownie /......................................................................................................................................./

Jednocześnie nadmieniam, że warunki umowy zawartej ze Starostą Gostyńskim są przez Pracodawcę przestrzegane.

Ww. kwotę proszę przekazać na nasze konto:

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

(nr konta)

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

pieczęć i podpis głównego księgowego pieczęć i podpis Pracodawcy

\* niepotrzebne skreślić

Załączniki :

1. Rozliczenie finansowe wynagrodzeń osób zatrudnionych w ramach prac interwencyjnych (zał.nr 1).
2. Kserokopia listy płac osoby zatrudnionej w ramach prac interwencyjnych wraz z potwierdzeniem odbioru wynagrodzenia przez te osoby, potwierdzona pieczątką nagłówkową pracodawcy i pieczątką imienną osoby potwierdzającej.
3. Kserokopia deklaracji ZUS P RCA, RSA, DRA wraz z potwierdzeniem opłacenia składek za miesiące rozliczeniowe /polecenie przelewu lub wyciąg z banku/, potwierdzona pieczątką nagłówkową pracodawcy i pieczątką imienną osoby potwierdzającej.
4. Kserokopia listy obecności, potwierdzona pieczątką nagłówkową pracodawcy i pieczątką imienną osoby potwierdzającej.

*(Kserokopie dokumentów prosimy uwierzytelnić)*

**UWAGA: W przypadku braku jakiegokolwiek załącznika wniosek nie zostanie rozpatrzony**