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

(pieczęć firmowa Wnioskodawcy) (miejscowość, data)

# Powiatowy Urząd Pracy

w .................................

## WNIOSEK

o zwrot części kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody i składki na ubezpieczenie społeczne za skierowanych bezrobotnych zatrudnionych w ramach robót publicznych.

Na podstawie postanowień art. 57 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz.U. z 2018 r. poz. 1265 i 1149) oraz zgodnie z zawartą w dniu ............................... umową Nr ............................ o zorganizowanie zatrudnienia w ramach robót publicznych, prosimy o refundację:

* wynagrodzeń w kwocie .............................. zł
* składki na ubezpieczenie społeczne od refundowanych wynagrodzeń .............................. zł

Ogółem do refundacji kwota ................................................................................................... zł

słownie złotych ............................................................................................................................

Środki finansowe prosimy przekazać: ............................................................................................................................................................................................................................................................................................

( nazwa banku, nr rachunku)

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

(Główny Księgowy, pieczątka i podpis) (Wnioskodawca, pieczątka i podpis)

Załączniki:

* rozliczenie finansowe,
* kopie list płac wraz z pokwitowaniem odbioru wynagrodzeń lub polecenie przelewu na imienne konto pracownika,
* kserokopie deklaracji ZUS DRA, kserokopie dowodów wpłat do ZUS,
* kserokopie raportów imiennych RCX,
* kserokopie raportów imiennych RSA.

Wszelkie kserokopie dokumentów winny być potwierdzone przez Pracodawcę za zgodność z oryginałem.

Pracodawca lub wskazany przez niego Organizator zobowiązany jest dostarczenia ww. dokumentów w takiej formie, aby dane osobowe innych jego pracowników były niewidoczne dla Urzędu.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwisko i imię zatrudnionego w ramach**  **robót publicznych** | **Okres**  **zatrudnienia**  **w miesiącu** | **Wynagrodzenie brutto**  **(w zł)** | **Wynagrodzenie refundowane**  **(w zł)** | **ZUS**  **od rubr. 5**  **(w zł)** | **Wynagrodzenie**  **za czas choroby (w zł)** | **Ogółem do refundacji** |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** | ***6*** | ***7*** | ***8*** |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |  |  |  |  |
| **7.** |  |  |  |  |  |  |  |
| **8.** |  |  |  |  |  |  |  |
| **9.** |  |  |  |  |  |  |  |
| **10.** |  |  |  |  |  |  |  |
| Ogółem do refundacji **słownie złotych:** | | | |  |  |  |  |
|  | | | |

Ponadto informuję, że niżej wymienieni pracownicy zatrudnieni w ramach robót publicznych korzystali ze zwolnienia lekarskiego bądź urlopu bezpłatnego:

.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwisko i imię zatrudnionego**  **w ramach robót publicznych** | **Zwolnienie lekarskie**  **od -do** | Wynagrodzenie za czas choroby **(płatne z funduszu pracodawcy)** | | | **Zasiłek chorobowy z ZUS** | | | **Urlop bezpłatny**  **od - do** |
| **ilość dni**  **od - do** | **kwota**  **w zł** | | **ilość dni**  **od - do** | | **kwota**  **w zł** |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | | ***5*** | ***6*** | ***7*** | | ***8*** |
| **1.** |  |  |  | |  |  |  | |  |
| **2.** |  |  |  | |  |  |  | |  |
| **3.** |  |  |  | |  |  |  | |  |
| **4.** |  |  |  | |  |  |  | |  |
| **5.** |  |  |  | |  |  |  | |  |
| **6.** |  |  |  | |  |  |  | |  |
| **7.** |  |  |  | |  |  |  | |  |

Uwagi:

Zwolniony dnia .......................przyczyna zwolnienia ............................ przyjęty na czas nieokreślony ...................................

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

(opr. nazwisko i imię) (pieczęć i podpis gł. księgowego) (pieczęć i podpis pra