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

 (pieczęć firmowa pracodawcy. (miejscowość, data)

 **Powiatowy Urząd Pracy**

 **w Choszcznie**

## WNIOSEK

**o zwrot części kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody i składki**

**na ubezpieczenie społeczne za skierowanych bezrobotnych zatrudnionych w ramach robót publicznych**

 Na podstawie ar. 57 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2024 r. poz. 475 t.j.) oraz zgodnie z zawartą umową w dniu …………...

 Nr ………….. o zorganizowanie zatrudnienia w ramach robót publicznych,

prosi o refundację:

 - wynagrodzeń w kwocie **…………….. zł.**

 - wynagrodzenie za czas choroby (płatne z funduszu) ……………... zł.

 - składki na ubezpieczenie społeczne od refundowanych wynagrodzeń **……………. zł.**

 **Ogółem do refundacji kwota …………………….zł.**

 ( słownie złotych: …………………………………………………………...)

Środki finansowe prosimy przekazać ……………………………………………………………….

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

(nazwa banku, nr rachunku)

 w terminie ................... dni od otrzymania niniejszego pisma.

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

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

 Załączniki:

1. Rozliczenie finansowe
2. Kopia listy płac z pokwitowaniem odbioru wynagrodzenia
3. Kserokopia listy obecności
4. Kserokopia Deklaracji ZUS DRA i RCA,RSA ; dowody wpłaty – kopie przelewów ZUS
5. Kserokopie zwolnień lekarskich

............................... ……………. Załącznik nr ................. do Wniosku o zwrot części kosztów ..........\*

(pieczęć firmowa pracodawcy)

# Rozliczenie finansowe wynagrodzeń osób zatrudnionych w ramach robót publicznych

**za okres od dnia …………... do dnia ……………………..**.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię zatrudnionego w ramach robót publicznych zgodnie z umową o pracęod ............ do .................... | Wynagrodzenie brutto w zł. | Wynagrodzenie refundowanedla pracodawcy z Funduszu Pracy w zł. | Wypłata do ZUS .....% od rubr. 4 w zł. | Razem do refundacji z FPw zł. |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  Ogółem do refundacji: ……………………………………………………………………………. |  |

|  |
| --- |
|  Ponadto informuję, że niżej wymienieni pracownicy korzystali ze zwolnienia lekarskiego bądź urlopu bezpłatnego: |
| Lp. | Nazwisko i imię | Zwolnienie lekarskie od – do | Wynagrodzenie za czas choroby (płatne z funduszu) | Zasiłekchorobowy | Urlop bezpłatny od-do |
| ilość dniod - do | Kwotaw zł. | ilość dniod - do | Kwotaw zł. |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  ................................................. ....................................... ........................................ **(opr. nazwisko i imię: nr tel..) (Główny Księgowy: pieczątka i podpis) (Pracodawca pieczątka i podpis)** |