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

(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 2018 r. poz. 1265 i 1149) 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

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 pracę  od ............ do .................... | Wynagrodzenie brutto w zł. | Wynagrodzenie refundowane  dla pracodawcy z Funduszu Pracy w zł. | Wypłata do ZUS .....% od rubr. 4 w zł. | Razem do refundacji z FP  w 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) | | Zasiłek  chorobowy | | 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** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| ................................................. ....................................... ........................................  **(opr. nazwisko i imię: nr tel..) (Główny Księgowy: pieczątka i podpis) (Pracodawca pieczątka i podpis)** | | | | | | | |