

HERB

tel. (071) 389-48-10, 389-10-92 fax. (071) 389-26-55

filia w Brzegu Dolnym (071) 319-50-33

[wrwo@praca.gov.pl](mailto:wrwo@praca.gov.pl)

www.wolow.praca.gov.pl

**POWIATOWY URZĄD PRACY**

**pl. Piastowski 2, 56-100 Wołów**

………………………………...

….………………………………………. (miejscowość, data)

(pieczęć organizatora)

**Powiatowy Urząd Pracy**

**w Wołowie**

**WNIOSEK**

**o zwrot części kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenie społeczne za skierowanych bezrobotnych w ramach robót publicznych**

Dotyczy zatrudnionych w okresie: do 6 miesięcy

Na podstawie art. 57 ustawy z dn. 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz zgodnie z zawartą umową nr ………………………….. w dniu …………………………..  
w sprawie organizacji i finansowania robót publicznych, prosimy o refundację:

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

- na ubezpieczenie społeczne

od refundowanych wynagrodzeń w kwocie .....………………………….. zł

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

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

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

Środki finansowe prosimy przekazać na rachunek bankowy ……………………………………………

w terminie 30 dni od złożenia wniosku.

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

(Główny księgowy, pieczątka i podpis) (Organizator, pieczątka i podpis)

**Załączniki**:

1. Rozliczenie finansowe – Załącznik nr 1.

2. Nota księgowa.

3. Kopia listy płac z pokwitowaniem odbioru wynagrodzenia lub potwierdzenie przelewu.

4. Kserokopia listy obecności.

5. Kserokopia deklaracji ZUS P DRA oraz deklaracji ZUS P RCA.

6. Kserokopie zwolnień lekarskich wraz z kserokopią deklaracji ZUS P RSA.

………………………………………………………..

(pieczęć firmowa organizatora/pracodawcy)

(załącznik nr 1 do „Wniosku o zwrot części kosztów”)

**Rozliczenie finansowe wynagrodzeń osób zatrudnionych w ramach robót publicznych**

**za okres od………………….. do……………………..**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 FP w zł | Wpłata do ZUS………..% od rubr. 4 w zł | Razem do refundacji z FP w zł |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Ogółem do refundacji: słownie złotych:……………………………………………………………………………. | | | | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 pracodawcy) | | Zasiłek chorobowy (płatny 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 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **UWAGI:**  **Zwolniony dnia …………………………………….przyczyna zwolnienia ……………………………………………………….. ………………………………………………………………………………………………………………………………………….**  **przyjęty na czas nieokreślony dnia …………………………………… zgodnie z pozycją rozliczenia: ………………………………………………………………………………………………………………………………………….**  **……………………………………… ………………………………………………… ……………………………………..**  (opr. nazwisko i imię nr tel.) (Główny Księgowy: pieczątka i podpis) (Organizator/Pracodawca:  pieczątka i podpis) | | | | | | | |
|  | | | | | | | |