

(pieczęć firmowa pracodawcy)

POWIATOWY URZĄD PRACY
W OŚWIĘCIMIU

W N I O S E K

O ZWROT CZĘŚCI KOSZTÓW PONIESIONYCH NA WYNAGRODZENIA,
NAGRODY I SKŁADKI NA UBEZPIECZENIE SPOŁECZNE ZA
SKIEROWANEGO(YCH) BEZROBOTNEGO(YCH) ZATRUDNIONEGO(YCH)
W RAMACH ROBÓT PUBLICZNYCH

Na podstawie art. 57 Ustawy z dnia 20.04.2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (**tekst jednolity Dz. U z 2021r. poz. 1100 ze zm.**) oraz zgodnie z umową nr zawartą w dniu w sprawie organizacji i finansowania robót publicznych prosimy o refundację kosztów związanych z zatrudnieniem bezrobotnego(ych) za:

miesiąc* rok.....

- wynagrodzenia w kwocie zł
- wynagrodzenia chorobowego w kwocie zł
- składki na ubezpieczenia społeczne od refundowanego
wynagrodzenia w kwocie zł

Ogółem do refundacji kwota **zł**

(słownie złotych zł)

Środki finansowe prosimy przekazać
(nazwa banku)

.....
(numer rachunku)

.....
(pieczęć, podpis pracodawcy)

Załączniki:

1. Lista płac wraz z potwierdzeniem odbioru wynagrodzenia lub lista płac wraz z wyciągiem (przelewem) bankowym ze wskazaniem określonej kwoty wynagrodzenia na konto pracownika.
2. Deklaracja ZUS DRA i dowody opłacenia składek na ubezpieczenie społeczne, zdrowotne i Fundusz Pracy, miesięczny raport imienny ZUS RCA.
3. Lista obecności tradycyjna lub elektroniczna.
4. Zwolnienia lekarskie i raport imienny o wypłaconych świadczeniach i przerwach w opłacaniu składek ZUS RSA.

Wszystkie w/w załączniki winny być złożone w formie kserokopii, a także uwierzytelnione przez uprawniony podmiot i dotyczyć wyłącznie osób objętych refundacją.

* za który dotyczy wypłata wynagrodzenia

Rozliczenie finansowe wynagrodzeń z tytułu zatrudnienia w ramach robót publicznych

Lp.	Imię i nazwisko	Refundacja z Funduszu Pracy			
		Wynagr.	Wynagr. chorob.	Składka ZUS (emerytalna, rentowa, wypadkowa) od rb. 3	Razem rb. 3 + 4 + 5
1.	2.	3.	4.	5.	6.
Ogółem do refundacji w złotych					

Ponadto informuję, że niżej wymienieni pracownicy korzystali ze zwolnienia lekarskiego, bądź urlopu bezpłatnego.

Lp.	Imię i nazwisko	Zwolnienie lekarskie od - do	Wynagrodzenie za czas choroby (płatne z funduszu pracodawcy)		Zasilek chorobowy płatny z ZUS		Urlop bezpłatny od - do
			ilość dni	kwota	ilość dni	kwota	
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.

UWAGI:

Zwolniony dnia, przyczyna zwolnienia

Przyjęty na czas nieokreślony dnia zgodnie z pozycją rozliczenia.

.....
(osoba do kontaktu:
nazwisko, imię, nr telefonu)

... ..
(pieczęćka, podpis pracodawcy)