

.....
(pieczęć firmowa organizatora)

.....
(miejsowość, data)

Powiatowy Urząd Pracy dla Powiatu Nowosądeckiego

WNIOSEK

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

Na podstawie art. 57 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t.j. Dz. U. z 2022 r., poz. 690) w związku z zawartą w dniu umową Nr w sprawie organizacji i finansowania robót publicznych dla bezrobotnych skierowanych przez Urząd Pracy, prosimy o refundację części wydatków poniesionych na:

- wynagrodzenia dla bezrobotnych w wysokości zł
- składki na ubezpiec. społ. od w/w kwoty w wysokości zł
- Ogółem do refundacji zł
- (słownie złotych:)

Jednocześnie nadmieniam, że warunki zawartej umowy z Urzędem są przestrzegane.

W/w kwotę pieniężną prosimy przekazać na konto bankowe

.....
(nr rachunku, nazwa banku)

.....
(podpis i pieczęć gł. księgowego / skarbnika)

.....
(podpis i pieczęć organizatora)

Załączniki:

1. Rozliczenie finansowe
2. Kopia listy płac z pokwitowaniem odbioru wynagrodzenia.
3. Kserokopia listy obecności.
4. Kserokopia Deklaracji Rozliczeniowej ZUS wraz z dowodami wpłaty składek na ubezpieczenie społeczne.
5. Kopia wpłaty zaliczki na podatek dochodowy od wypłaconych wynagrodzeń skierowanych bezrobotnych.
6. Kopia zwolnień lekarskich (ZUS ZLA) skierowanych bezrobotnych.
7. Kopie umów o pracę zawartych z bezrobotnymi oraz kopie świadectw pracy /dot. przyp. wcześniejszego rozwiązania umów o pracę/.

.....
(pieczęć firmowa organizatora)

(Załącznik nr 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	Wynagrodzenie brutto w zł	Wynagrodzenie refundowane dla pracodawcy z Funduszu Pracy w zł	Składka ZUS 16,93% 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 (imię, nazwisko) dnia przyczyna zwolnienia
przyjęty na czas określony dnia zgodnie z pozycją rozliczenia:

.....
(opr. nazwisko i imię; nr tel.)

.....
(główny księgowy / skarbnik; pieczęć i podpis)

.....
(organizator; pieczęć i podpis)