



.....
(miejscowość i data)

.....
(pieczęć firmowa Pracodawcy)

**Powiatowy Urząd Pracy
w Tarnobrzegu**

WNIOSEK

o zwrot części kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody i składki na ubezpieczenia 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 (jednolity tekst: Dz. U. z 2023r. poz. 735 z późn. zm.) oraz zgodnie z zawartą umową w dniu znak: RP.611.....20..... o organizowanie robót publicznych, prosimy o refundację za okres od do

wynagrodzeń w kwocie zł,

wynagrodzeń za czas choroby w kwocie zł,

składki na ubezpieczenie społeczne
od refundowanych wynagrodzeń w kwocie zł,

Ogółem do refundacji kwota zł.

(słownie złotych:)

☐ Środki finansowe prosimy przekazać
(nazwa banku, nr rachunku)

☐ Środki finansowe za rozliczany okres zostały przekazane zaliczką.

.....
(Główny Księgowy, pieczęć i podpis)

.....
(pieczęć i podpis Pracodawcy)

Załączniki:

1. Rozliczenie finansowe.
2. Kopia listy obecności i kopie zwolnień lekarskich.
3. Kopia list płac, podpisanej przez każdego ze skierowanych bezrobotnych, potwierdzającą dokonanie wypłaty wynagrodzenia lub kopie przelewu wynagrodzenia.
4. Kopia deklaracji ZUS – DRA.
5. Kopia dowodu przekazania składki na ubezpieczenie społeczne na konto właściwego oddziału ZUS.

Kopie przedkładanych dokumentów winny być potwierdzone za zgodność z oryginałem i dotyczyć wyłącznie osób za które przysługuje refundacja.

.....
(pieczęć firmowa Pracodawcy)

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 wypłacone przez pracodawcę w zł	Refundacja wynagrodzenia dla pracodawcy w zł	Refundacja wynagrodzenia za czas choroby dla pracodawcy w zł	Refundacja składek ZUS % od rubr. 4 w zł	Razem do refundacji z Funduszu Pracy w zł (rubr.4 +5+6)
1	2	3	4	5	6	7
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 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

.....

.....
(opr. Nazwisko i Imię nr tel.)

.....
(podpis i pieczęć Głównego Księgowego)

.....
(podpis i pieczęć Pracodawcy)