



Powiatowy Urząd Pracy
w Opocznie

Opoczno, dnia _____

Pieczęć

**Powiatowy Urząd Pracy
w Opocznie**

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

Zgodnie z zawartą umową nr _____ w dniu _____
o zatrudnienie w ramach robót publicznych, prosimy o refundację za miesiąc _____ 20_____

- **wynagrodzeń w kwocie** _____ zł

- **wynagrodzenie chorobowe** _____ zł

- **składki na ubezpieczenia społeczne
od refundowanych wynagrodzeń** _____ zł

Ogółem do refundacji kwota _____ zł

(słownie złotych: _____)

Środki finansowe prosimy przekazać

_____ (nazwa banku)
□□ □□□□ □□□□ □□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□
_____ (nr rachunku)

w terminie **60 dni** od dnia złożenia kompletnego wniosku.

(podpis i pieczętka Pracodawcy)

Załączniki:

1. Kopia listy płac z pokwitowaniem odbioru wynagrodzenia, a w przypadku wypłaty wynagrodzenia w formie przelewu na konto osobiste – potwierdzenie przelewu.
2. Kserokopia listy obecności
3. Kserokopia deklaracji ZUS DRA
4. Kserokopia lub wydruk dowodu wpłaty ZUS
5. Wydruk zwolnień lekarskich

INFORMACJA:

Na dokumentach składanych w kserokopiach powinna znajdować się adnotacja „za zgodność z oryginałem” z podpisem osoby uprawnionej.

Rozliczenie finansowe wynagrodzeń osób zatrudnionych w ramach robót publicznych

za okres od _____ do _____

Lp.	Nazwisko i imię zatrudnionego w ramach robót publicznych	Wynagrodzenie brutto w zł	Wynagrodzenie refundowane w zł	Wpłata do ZUS _____% od rubr. 4 w zł	Wynagrodzenie chorobowe refundowane dla pracodawcy w zł	Razem do refundacji w zł
1	2	3	4	5		6
Ogółem do refundacji kwota: słownie złotych						

Ponadto informuję, że niżej wymienieni pracownicy korzystali ze zwolnienia lekarskiego:

Lp.	Nazwisko i imię	Zwolnienie lekarskie od - do	Wynagrodzenie za czas choroby (płatne z funduszu pracodawcy)		Zasiłek chorobowy (płatny z ZUS)	
			ilość dni od - do	kwota w zł	ilość dni od - do	kwota w zł
1	2	3	4	5	6	7

UWAGI

Zwolniony dnia _____ przyczyna zwolnienia _____

(podpis i pieczęćka Pracodawcy)