POWIATOWY URZĄD PRACY W OPOCZNIE
ul. Armii Krajowej 2A, 26-300 Opoczno, tel./fax. 755-51-00, 01, 02, 03
NIP 768-101-87-88 **REGON 590747414**
www.opoczno.praca.gov .pl *e-mail: loop@praca.gov.pl*

_____
Pieczęć Organizatora

Opoczno, dnia_____

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 pieczątka Organizatora)

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 DRA
4. Kserokopia dowodu wpłaty ZUS
5. Kserokopie 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 dla organizatora w zł	Wpłata do ZUS _____% od rubr. 4 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 _____

_____
(pieczęć i podpis Organizatora)