



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 pieczętka Pracodawcy)