………………………………………..

 /miejscowość, data/

.............................................................................

 /pieczęć pracodawcy/ **Powiatowy Urząd Pracy**

 **ul. Gdańska 35**

 **84-300 Lębork**

**WNIOSEK**

o zwrot części kosztów poniesionych na wypłacone wynagrodzenia i składki na ubezpieczenia społeczne za bezrobotnych skierowanych w ramach **robót publicznych**

Zgodnie z zawartą umową nr ……………………… **z dnia** ………………….**r.**

**wnioskujemy o refundację za miesiąc …………………..… 20**…… **roku**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  **L.p.** | **Wniosek obejmuje pozycje :** | **Kwota do refundacji** |
| **1** | Wynagrodzenie z tytułu niezdolności do pracy  |  |
| **2** | Kwota do refundacji bruttobez zasiłków chorobowych |  |
| **3** | Składki ZUS od pozycji 2./w wysokości…………..%/  |  |
| **4** | **Kwota do refundacji ogółem** |  |

Słownie złotych: …......................................................................................................................................................................................................

Środki finansowe prosimy przekazać: .................................................................................................................................................

 ( nr rachunku)

 ……………………..……………………………….………. …………………………………...……………………

/Główny Księgowy, pieczątka i podpis/ /podpis i pieczątka pracodawcy/

**Załączniki:**

**1/** rozliczenie finansowe (załącznik nr 1)

**2/** uwierzytelniona kserokopia listy płac wraz z pokwitowaniami odbioru wynagrodzenia

**3**/ uwierzytelniona kserokopia dowodu opłaty składki ZUS

**4**/ uwierzytelniona kserokopia deklaracji ZUS DRA

**5**/ uwierzytelnione kserokopie zwolnień lekarskich

ZAŁĄCZNIK NR 1 DO WNIOSKU O REFUNDACJĘ

.............................................................

 /pieczęć pracodawcy/

**ROZLICZENIE WYDATKÓW ZWIĄZANYCH Z ZATRUDNIENIEM BEZROBOTNYCH**

**W RAMACH ROBÓT PUBLICZNYCH**

w miesiącu **…………………… 20**…… **roku**.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** |  **Nazwisko i imię** | **Wynagrodzenie refundowane dla pracodawcy**  | **Zasiłek chorobowy (płatny z zus), urlop bezpłatnyny od -do** |
| **Za okres obecności** | **Za okres nieobecności usprawiedliwionej-****chorobowe z FZ** |
| **od-do** | **ilość dni** | **Kwota** | **od-do** | **ilość dni** | **Kwota** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **xx** | **RAZEM** | **xxx** | **xxx** |  | **xxx** | **xxx** |  |  |

Sporządził/-ła …………………………………

nr. telefonu…………………………… ……..……………....……………..

 /podpis i pieczątka pracodawcy/