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

 /pieczęć firmowa/ /miejscowość , data/

 Powiatowy Urząd Pracy

 w Lubinie

**WNIOSEK**

**o zwrot części kosztów poniesionych za skierowanych bezrobotnych zatrudnionych w ramach robót publicznych**

Na podstawie art. 57 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku prac (t.j. Dz.U.2024.475) oraz z zgodnie z zawartą w dniu …………………………………………………. Umową nr ……………………………………………………… o zorganizowanie zatrudnienia w ramach robót publicznych, proszę o refundację:

* Wynagrodzenia w kwocie ……………………………………………
* Składek na ubezpieczenie społeczne od refundowanych
wynagrodzeń w kwocie ……………………………………………

Ogółem do refundacji kwota: ……………………………………………

(słownie złotych: ………………………………………………………………………………………………………………………………..)

Środki finansowe proszę przekazać na rachunek bankowy:

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

Zgodnie z zapisami umowy refundacja nastąpi w terminie 30 dni licząc od daty złożenia kompletu dokumentów.

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

/Główny Księgowy, pieczątka i podpis/ /Pracodawca, pieczątka i podpis/

Załączniki:

- rozliczenie finansowe,

- kopia list płac z pokwitowaniem odbioru wynagrodzenia,

- kserokopia Deklaracji ZUS DRA + dowody zapłaty składek ZUS

- kserokopie zwolnień lekarskich.

Kserokopie dołączonych dokumentów do wniosku muszą być potwierdzone za zgodność z oryginałem.

Rozliczenie finansowe wynagrodzeń osób zatrudnionych w ramach robót publicznych za okres
od ………………………………………………… do ……………………………………………

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię osoby zatrudnionej w ramach w/w umowy | Wynagrodzenie brutto w zł. | Wynagrodzenie refundowane dla pracodawcy | Wpłata do ZUS ………. % od rubryki 4 w zł. | Razem do refundacji  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Ponadto informuję, iż niżej wymienieni pracownicy korzystali ze zwolnienia lekarskiego bądź z 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  | Kwota w zł. | Ilość dni  | Kwota w zł. |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

……………………………………………………………… …………………………………………………………

/Imię i nazwisko, nr telefonu osoby sporządzającej/ /Pracodawca, pieczątka i podpis/