.................................................... ...................................., dnia ..........................

(pieczęć firmowa pracodawcy )

**Powiatowy Urząd Pracy**

**ul. Zaciszna 2**

**63-200 Jarocin**

**W N I O S E K**

**o zwrot części kosztów poniesionych za zatrudnionych bezrobotnych w ramach**

**robót publicznych za okres od dnia.......................... do dnia..................................**

Na podstawie art. 57 ust.1, ustawy z dn. 20.04.2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2021 r. poz. 1100 ze zm. ) oraz zgodnie z zawartą umową Nr.........................................................

z dnia..................................... na okres ............... o zorganizowanie robót publicznych, prosimy o refundację:

Ogólna kwota do refundacji za …….......... zatrudnionego/ych wynosi ........................................................ zł.

w tym ZUS ........................................................ zł.

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

Procentowa stopa składki na ubezpieczenie wypadkowe: ..................................................................................

**Rozliczenie finansowe**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Imię i Nazwisko zatrudnionego w ramach robót publicznych | Wynagrodzenie brutto z listy  płac w zł. | Refundacja wynagrodzenia  za pracę dla pracodawcy  z F.P. w zł. | Refundacja  wynagrodzenia  dla pracodawcy za czas choroby w zł. | Wplata  ZUS.........% w zł.  od rub. 4 | Razem do  refundacji  z F.P. w zł.  4+5+6 |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Razem | | | |  | |  |

**Ponadto informuję, że niżej wymienieni pracownicy korzystali ze zwolnienia**

**bądź urlopu bezpłatnego:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Imię i nazwisko | Zwolnienie  lekarskie  od - do | Wynagrodzenie  za czas choroby  (płatne z funduszu pracodawcy) | | Zasiłek chorobowy  (płatny z ZUS) | | Urlop bezpłatny  od - do |
| Ilość dni  od - do | Kwota  w zł. | Ilość dni  Od - do | Kwota  W zł. |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**Uwagi:**

Zwolniona osoba dnia ….................................... przyczyna.................................................................................

przyjęty na czas określony dnia............................... nr poz. ….rozliczenia ……….………………....................

(dołączyć odpowiednio: świadectwo pracy lub umowę o pracę)

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

(nazwa banku, nr rachunku)

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

(Główny księgowy) (Pracodawca, pieczątka i podpis)

**Załączniki:**

1. Kopia listy płac z pokwitowaniem odbioru wynagrodzenia
2. Kserokopia listy obecności
3. Kserokopia Deklaracji ZUS, DRA, i RCA oraz wpłaty - kopie przelewów, składek na ZUS
4. Kserokopie zwolnień lekarskich wraz z deklaracją ZUS RSA pracownika

**(Dokumenty potwierdzone za zgodność z oryginałem)**