.................................................... ...................................., 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 listypłac w zł. | Refundacja wynagrodzeniaza pracę dla pracodawcyz F.P. w zł. | Refundacjawynagrodzeniadla pracodawcy za czas choroby w zł. | WplataZUS.........% w zł.od rub. 4 | Razem dorefundacjiz 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 | Zwolnienielekarskieod - do | Wynagrodzenieza czas choroby(płatne z funduszu pracodawcy) | Zasiłek chorobowy(płatny z ZUS) | Urlop bezpłatnyod - do |
| Ilość dniod - do | Kwotaw zł. | Ilość dniOd - do | KwotaW 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)**