

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć firmowa pracodawcy)

**Powiatowy Urząd Pracy
w Biłgoraju**

W N I O S E K

o zwrot części kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody i składki na ubezpieczenie społeczne za skierowanych bezrobotnych zatrudnionych w ramach robót publicznych

Dotyczy zatrudnienia w okresie: do 6 miesięcy*), do 12 miesięcy*)

Na podstawie art. 57 i art. 108 ustawy z dn. 20.04.2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2008r. Nr 69, poz. 415 z późn. zm.) oraz zgodnie z umową zawartą w dniu o zatrudnienie bezrobotnych w ramach robót publicznych, prosimy o refundację:

- wynagrodzeń w kwociezł
- wynagrodzenie chorobowe w kwociezł
- składki na ubezpieczenie społeczne od refundowanych wynagrodzeń w rozumieniu art. 57 w/w ustawy w kwociezł
Ogółem do refundacji kwotazł
(słownie złotych:))	

Środki finansowe prosimy przekazać.....
(nazwa banku, numer rachunku)

.....
w terminiedni od otrzymania niniejszego pisma.

*) niepotrzebne skreślić

.....
(główny Księgowy, pieczętka i podpis)

.....
(Pracodawca, pieczętka i podpis)

Załączniki:

1. Rozliczenia finansowe.....
2. Kopia listy płac z pokwitowaniem odbioru wynagrodzenia lub dowodem wpłaty na konto bankowe.
3. Kserokopia listy obecności + wnioski urlopowe.
4. Kserokopia Deklaracji ZUS (DRA RCX); dowody wpłaty - kopie przelewów za refundowany miesiąc.
5. Kserokopie zwolnień lekarskich + ZUS RSA .
6. Kserokopia przelewu wpłaty do US za refundowany miesiąc.

Załącznik nr 1

.....
(pieczęć firmowa pracodawcy)

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

Lp.	Nazwisko i imię zatrudnionego w ramach robót publicznych zgodnie z umową o pracę od do.....	Wynagrodzenie brutto w zł	Wynagrodzenie refundowane dla pracodawcy z Funduszu Pracy w zł	Wpłata do ZUS% od rubr. 4 w zł	Razem do refundacji z FP w zł
1	2	3	4	5	6
Ogółem do refundacji: słownie złotych					

Ponadto informuje, że niżej wymienieni pracownicy korzystali ze zwolnienia bądź 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 od – do	kwota w zł	ilość dni od – do	kwota w zł	
1	2	3	4	5	6	7	8

UWAGI:

Zwolniony dnia.....przyczyna zwolnienia.....

przyjęty na czas nieokreślony dnia.....zgodnie z pozycją rozliczenia:.....

.....
(opr .nazwisko i imię; nr. tel.)

.....
(główny Księgowy: pieczęć i podpis)

.....
(Pracodawca: pieczętka i podpis)