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

(pieczęć pracodawcy) (miejscowość i data)

** POWIATOWY URZĄD PRACY**

 **W EŁKU**

 **W N I O S E K**

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

**za okres od……………………do…………………..**

*Stosownie do postanowień art. 57 oraz art. 108 ust.1 pkt.19 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz.U. z 2025 r. poz. 214.) i rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 24 czerwca 2014 r. w sprawie organizowania prac interwencyjnych i robót publicznych oraz jednorazowej refundacji kosztów z tytułu opłaconych składek na ubezpieczenie społeczne (Dz.U. z 2014 r. poz. 864 z późn. zm.)*

**Zgodnie umową nr ……………….zawartą w dniu……………………….**

**zwracam się o refundację**:

1. wynagrodzeń w kwocie:…………………………zł.

2. wynagrodzeń za czas choroby w kwocie:-……………………..zł.

3. składki na ZUS ……….%- ………………………...zł.

(emerytalna-9,76% +rentowa- 6,5% + wypadkowa……%)

4. Ilość pracowników podlegających refundacji:…………

**Ogółem kwota do refundacji- …………………………zł.**

(Słownie złotych:…………………………………………………………………)

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

 (nazwa banku)

Nr konta:…………………………………………………………………………..

5. Osoba do kontaktu: ……………………………………….tel………………….

………………………………..

 (podpis i pieczątka wnioskodawcy)

**Załączniki:**

1. **kserokopia listy płac, potwierdzona za zgodność z oryginałem,** z pokwitowaniem odbioru wynagrodzenia na liście płac lub **potwierdzeniem dokonania przelewu na ROR**.
2. Kserokopia listy obecności potwierdzona za zgodność z oryginałem.
3. Kserokopia deklaracji **ZUS DRA,** za miesiąc w którym nastąpiła wypłata **wraz z potwierdzeniem opłacenia składek na ZUS**, zgodnie z okazanym ZUS DRA. **Rozliczenie finansowe jako załącznik do wniosku**

 ***Załącznik do wniosku***

 ***Rozliczenie finansowe miesiąc:***…………………………………………………………***20..…r.***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwisko i imię** | **Ilość dni****chorobowych****płatnych przez:** | **Ilość dni niepłatnych\*** | **Wynagrodzenie brutto wypłacone przez zakład pracy** | **Kwota wynagrodzenia i ZUS do refundacji** |
| **zakład****pracy** | **ZUS** | **za czas pracy** | **za czas choroby** | **ZUS …….%** | **za czas pracy** | **za czas choroby**(nie więcej niż wypłacono poz. Nr 6) |  **ZUS****..…%** | **Ogółem kwota do refundacji****(poz.8+9+10)**  |
|  | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| RAZEM: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\*przez dni niepłatne rozumiemy, np. urlopy bezpłatne, NN i inne

*……………………………………….*

 (sporządził)