

.....dnia

.....
(pieczęć pracodawcy)

W N I O S E K

o zwrot części poniesionych kosztów na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne skierowanych bezrobotnych zatrudnionych w ramach robót publicznych

Stosownie do postanowień art. 136 ust. 1 i art. 300 ust. 2 pkt. 8 ustawy z dnia 20 marca 2025r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (tekst jedn. Dz. U. z 2025r., poz. 620) w sprawie zasad zwrotu ze środków Funduszu Pracy części kosztów poniesionych przez organizatora/pracodawcę z tytułu zatrudnienia bezrobotnych oraz zgodnie z zawartą ze Starostą Głubczyckim umową nr CAZ-611-/RP/20.....w dniuw sprawie organizowania robót publicznych, wnoszę o refundację za okres od dnia do dnia w łącznej kwocie

(słownie:)

w tym :

- 1) wynagrodzenia i nagrody w kwocie
- 2) wynagrodzenia za czas choroby w kwocie
- 3) składki na ubezpieczenia społeczne (od poz. 1) w kwocie

Środki finansowe proszę przekazać na konto bankowe:

.....
(nazwa banku, nr rachunku)

Załączniki :

1. Rozliczenie finansowe,
2. Kopia lub kserokopie listy płac z pokwitowaniem odbioru wynagrodzenia,
3. W przypadku przekazywania poborów na konto osobiste – kopia przelewów,
4. Kopia lub kserokopia deklaracji rozliczeniowej ZUS DRA i ZUS P RCA i\lub ZUS P RSA, i\lub ZUS P RPA (nie mogą być w trybie roboczym),
5. Kopia lub kserokopia przelewów składek do ZUS,
6. Kopia lub kserokopia listy obecności,
7. Kopia lub kserokopia zwolnień lekarskich.,
8. **Kopie i kserokopie należy potwierdzić za zgodność z oryginałem.**

.....
Główny Księgowy - Skarbnik
lub inna osoba prowadząca dokumentację księgową
pieczętka i podpis

.....
Pracodawca, pieczętka i podpis

/pieczęć firmowa pracodawcy/

ROZLICZENIE FINANSOWE

**wynagrodzeń i składek na ubezpieczenia społeczne osób zatrudnionych w ramach robót publicznych
za okres od dnia do dnia**

Lp.	Nazwisko i imię zatrudnionego w ramach robót publicznych	Wynagrodzenie brutto w zł *	Liczba dni kalendarzowych do refundacji **	Urlop bezpłatny od - do	Wynagrodzenie refundowane z Funduszu Pracy	Kwota składki ZUS (kwota z kol. 6 x %)	Zwolnienie lekarские od - do	Wynagrodzenie za czas choroby (płatne z Funduszu Pracy)		Kwota do refundacji (6+7+9)
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	%	9.	10.
Ogółem		* * *		* * *			* * *	* * *		

Ogółem do refundacji: /słownie:

.....
(Sporządził, nazwisko i imię nr tel.)

.....
(Główny księgowy lub inna osoba prowadząca
dokumentację księgową, pieczętka i podpis)

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

* dotyczy wynagrodzenia wypłaconego przez pracodawcę.

** dotyczy ilości dni kalendarzowych do refundacji (przyjmując, że każdy miesiąc liczy 30 dni) z wyłączeniem dni zasiłku chorobowego, urlopu bezpłatnego oraz nieobecności nieusprawiedliwionych