

.....  
(pieczęć firmowa pracodawcy)

.....  
(miejscowość, data)

## WNIOSEK

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

Na podstawie art. 57 ustawy z dn. 20.04.2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jednolity Dz.U. z 2021., poz. 1100 z późn. zm.) oraz zgodnie z zawartą umową nr ..... w dniu ..... o zorganizowanie zatrudnienia w ramach robót publicznych, prosimy o refundację:

-wynagrodzeń w kwocie: .....zł.

-składki na ubezpieczenie społeczne od refundowanych wynagrodzeń w kwocie .....zł.

Ogółem do refundacji kwota.....zł.

(słownie złotych: .....)

Środki finansowe prosimy przekazać .....

(nazwa banku, nr rachunku)

.....

w terminie 30 dni od otrzymania niniejszego wniosku.

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

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

#### Załączniki:

1. Rozliczenie finansowe
2. Kopia listy płac z pokwitowaniem odbioru wynagrodzenia
3. Kserokopia listy obecności
4. Kserokopia Deklaracji ZUS; dowody wpłaty – kopie przelewów
5. Dowód potwierdzenia wpłaty zaliczki na podatek dochodowy
6. Kserokopie zwolnień lekarskich.

Dokumenty składane w kserokopii muszą być potwierdzone „za zgodność z oryginałem”

.....  
(pieczęć firmowa pracodawcy)

(Załącznik nr..... do „Wniosku o zwrot części kosztów...”)

### Rozliczenie finansowe wynagrodzeń osób zatrudnionych w ramach robót publicznych

za okres od ..... do .....

Lp.	Nazwisko i imię zatrudnionego w ramach robót publicznych	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 informuję, że niżej wymienieni pracownicy korzystali ze zwolnienia lekarskiego bądź urlopu bezpłatnego:							
Lp.	Nazwisko i imię	Zwolnienie lekarskie od - do	Wynagrodzenie za czas choroby (płatne z funduszu pracodawcy)		Zasilek 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 .....

.....  
(opr. nazwisko i imię; nr tel.)                      (Główny Księgowy; pieczęć i podpis)                      .....  
(Pracodawca; pieczęć i podpis)