****

 **POWIATOWY**

**U R Z Ą D P R A C Y w B r z e g u**

 **CENTRUM AKTYWIZACJI ZAWODOWEJ**

 **49-300 BRZEG, ul. Armii Krajowej 32**

 tel./fax: +48/77 444 13 90

 e-mail: opbr@praca.gov.pl

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

(pieczęć firmowa organizatora/pracodawcy) (miejscowość, data)

# WNIOSEK

**o zwrot kosztów w związku z zatrudnieniem bezrobotnych na robotach publicznych
za miesiąc** .........................................

Stosownie do postanowień ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz.U. z 2025 r. poz. 620) zgłaszamy wniosek o refundacje kosztów poniesionych w związku
z robotami publicznymi.

Wniosek dotyczy umowy numer **……………………….** zawartej w dniu **……………………………….**

Prosimy o refundację części wydatków poniesionych na:

* wynagrodzenie dla ......... bezrobotnego (ych) w wysokości ………………………….................................................
* składki na ubezpieczenie społeczne od ww. kwoty w wysokości …….................................................................

**ogółem do refundacji**.........................................................................................................................................

( słownie: ......................................................................................................................................................... )

Ww. kwotę proszę przekazać na nasze konto bankowe nr:

.................................................................................................................................................................................

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

 Główny Księgowy Organizator /Pracodawca

**Załączniki:**

**1. Rozliczenie finansowe.**

**2. Uwierzytelnione kopie list płac wraz z pokwitowaniem odbioru wynagrodzenia.**

**3. Kserokopie list obecności.**

**4. Potwierdzenie przelewu składek na ubezpieczenie społeczne.**

**5. Kserokopia zwolnień lekarskich.**

**KSEROKOPIE DOKUMENTÓW POWINNY BYĆ POTWIERDZONE ZA ZGODNOŚĆ Z ORYGINAŁEM**

UWAGA:

I. Rozliczenie zbiorcze należy sporządzić oddzielnie dla każdej zawartej umowy z PUP w Brzegu zgodnie z rozliczeniem finansowym.

II. Refundację za niepełny miesiąc obliczamy dzieląc wysokość refundowanego wynagrodzenia przez 30 i mnożąc przez liczbę dni kalendarzowych przypadających w okresie, za który przysługuje wynagrodzenie za pracę.

ROZLICZENIE FINANSOWE WYNAGRODZEŃ

ROBÓT PUBLICZNYCH

Za okres od ...................................... do ......................................

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwisko i Imię** | **Okres zatrudnienia** | **Wynagrodzenie****brutto** | **Wynagrodzenie refundowane z Funduszu Pracy** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Ogółem do refundacji:** słownie(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) |

Ponadto informuję, że niżej wymienieni pracownicy korzystali ze zwolnienia bądź urlopu bezpłatnego:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwisko i Imię** | **Zwolnienie lekarskie** **Od - do** | **Wynagrodzenie za okres choroby (płatne z funduszu pracodawcy)****KWOTA w zł** | **Wynagrodzenie za okres choroby****(płatne z ZUS)** **KWOTA w zł** | **Urlop bezpłatny****od - do** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

.................................................................... ..................................................... ..................................................................

Podpis i telefon osoby sporządzającej Główny księgowy Organizator/Pracodawca

 (pieczątka i podpis)