



Powiatowy Urząd Pracy w Pleszewie

.....
(miejsowość, data)

.....
(nazwa pracodawcy)

W N I O S E K O REFUNDACJĘ ROBÓT PUBLICZNYCH

Zgodnie z umową zawartą dnia 202... roku dotyczącą organizowania **robót publicznych** w naszym zakładzie zwracamy się z prośbą o refundację wypłaconych świadczeń oraz składek ZUS za miesiąc 202.... roku.

-wynagrodzeń w kwocie (**ogółem kol.3+ kol.8**) zł

-składki na ZUS (**ogółem kol.7**)zł

-Razem do refundacji (ogółem kol.9)zł

Ponadto oświadczam, że składka ZUS opłacona zgodnie z dołączoną do wniosku kserokopią przelewu ZUS zawiera składki na ubezpieczenie społeczne pracownika/ów zatrudnionego/nych w ramach **robót publicznych.**

Środki finansowe prosimy przekazać na konto w..... Nr

.....
(pieczętka i podpis pracodawcy)

Załączniki:

1. Kserokopia listy płac z pokwitowaniem odbioru wynagrodzenia (w przypadku konta potwierdzenie przelewu na konto).
2. Kserokopie deklaracji ZUS DRA, RCA, RSA i dowód wpłaty składki ZUS.
3. Kserokopie listy obecności.
4. Kserokopie ewentualnych zwolnień lekarskich



Powiatowy Urząd Pracy w Pleszewie ul. Wyspiańskiego 6 63-300 Pleszew
tel.: (62) 7427 – 425 pleszew.praca.gov.pl e-mail: popl@praca.gov.pl

UWAGA: Wysokość refundacji nie może przekroczyć kwoty ustalonej jako iloczyn liczby zatrudnionych w miesiącu w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy oraz 50% przeciętnego

Lp.	Nazwisko i imię zatrudnionego w ramach robót publicznych	Wys. wynagr. podleg. refun. (bez wyn. za czas choroby)	Ref. ubez. emeryt. (kol. 3* 9,76%)	Ref. ubez. rent. (kol. 3* 6,5%)	Ref. ubez. wypadk. (kol. 3*%)	Razem do refundacji z tytułu skł. na ubezpie. społ. (kol.4+kol.5+kol.6)	Wynagrodzenie za czas choroby	Ogółem do refundacji (kol.3+kol.7+kol.8)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
	Ogółem:							

wynagrodzenia obowiązującego w ostatnim dniu zatrudnienia każdego rozliczanego miesiąca i składek na ubezpieczenia społeczne od refundowanego wynagrodzenia.

.....
(pieczętka i podpis pracodawcy)

Ponadto informuję, że 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)		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

.....
(opr. nazwisko i imię, nr tel.)

.....
(pieczęćka i podpis pracodawcy)