



POWIATOWY URZĄD PRACY W ŁOSICACH

ul. Narutowicza 6, 08 - 200 Łosice

tel.: 83 357 19 67

<https://losice.praca.gov.pl>

e-mail: walo@praca.gov.pl

Załącznik Nr 2 do Regulaminu organizowania i finansowania robót publicznych

.....
(pieczęć firmowa Organizatora /Pracodawcy)

.....
(miejsowość, data)

STAROSTA POWIATU ŁOSICKIEGO

ZA POŚREDNICTWEM

POWIATOWEGO URZĘDU PRACY W ŁOSICACH

W N I O S E K

o zwrot części kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody i składki na ubezpieczenie społeczne za skierowanych bezrobotnych zatrudnionych w ramach robót publicznych za okres od dnia.....do dnia..... 20.....r. zgodnie z umową nr zawartą w dniu r. w wysokości zł zgodnie z rozliczeniem finansowym.

Wysokość składki na ubezpieczenie wypadkowe -%

1. Rozliczenie finansowe wynagrodzenia osób zatrudnionych w ramach robót publicznych:

| Lp. | Imię i nazwisko zatrudnionego/ych w ramach robót publicznych zgodnie z umową o pracę | Wynagrodzenie brutto wypłacone przez Organizatora / Pracodawcę w zł | Składka ZUS w % | Składki ZUS opłacone przez Organizatora / Pracodawcę w zł | Wynagrodzenie za czas choroby wypłacone przez Organizatora / Pracodawcę w zł | Razem koszty poniesione przez Organizatora / Pracodawcę w zł (3+5+6) | Wysokość wynagrodzenia podlegającego refundacji (bez wynagrodzenia za czas choroby) w zł | Wysokość wynagrodzenia chorobowego (podlegające refundacji) w zł | Składka ZUS od wynagrodzenia podlegającego refundacji (kwota) w zł | Kwota ogółem do refundacji (8+9+10) w zł |
|---------------|--|---|-----------------|---|--|--|--|--|--|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 1. | | | | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | | | | |
| 3. | | | | | | | | | | |
| 4. | | | | | | | | | | |
| RAZEM: | | | | | | | | | | |

2. Informacje dotyczące zwolnienia lekarskiego bądź urlopu bezpłatnego pracownika/ów zatrudnionego/yh w ramach robót publicznych:

| Lp. | Imię i nazwisko pracownika zatrudnionego/ch w ramach robót publicznych | Zwolnienie lekarskie od - do | Wynagrodzenie za czas choroby (płatne z funduszu Organizatora / Pracodawcę) | | 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 |
| 1. | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | |

3. Środki finansowe z tytułu refundacji proszę przekazać na rachunek bankowy:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|

4. Oświadczam, że:

- 1) osoba skierowana w ramach robót publicznych wymieniona w rozliczeniu finansowym pod pozycją nadal jest zatrudniona na podstawie umowy o pracę w pełnym wymiarze czasu pracy*;
- 2) z osobą skierowaną w ramach robót publicznych wymienioną w rozliczeniu finansowym pod pozycją rozwiązano umowę o pracę*.
- 3) został dopełniony obowiązek uiszczenia zaliczki na podatek dochodowy od wynagrodzenia ww. pracownika/ów.
- 4) wiarygodność informacji podanych we Wniosku i w załączonych do niego dokumentach potwierdzam własnoręcznym podpisem.
- 5) informacje zawarte we Wniosku i w załączonych dokumentach są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

.....

Data

.....

(Organizator/Pracodawca, pieczętka i podpis)

Do wniosku należy dołączyć:

- 1) kserokopię listy płac z pokwitowaniem odbioru wynagrodzenia lub dowód przelewu wynagrodzenia na rachunek bankowy.
- 2) kserokopię dokumentów potwierdzających przekazanie składek ZUS (Deklaracje DRA, RCA, RSA – w przypadku zwolnień lekarskich) oraz potwierdzenie dokonania zapłaty składek do ZUS - deklaracje powinny zawierać potwierdzenie wpływu do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych - ZUS (pieczęć wpływowa ZUS lub potwierdzenie wysyłki w formie elektronicznej).
- 3) wydruk zaświadczenia lekarskiego z systemu teleinformatycznego - w przypadku gdy pracownik przebywał na zwolnieniu lekarskim.
- 4) kserokopię listy obecności.

Uwaga: Kwotę refundacji za niepełny miesiąc zatrudnienia osoby ustala się dzieląc kwotę refundacji za pełen miesiąc przez 30 i mnożąc przez liczbę dni kalendarzowych zatrudnienia w obrębie miesiąca podlegającego refundacji, przyjmując, że miesiąc liczy 30 dni.

WNIOSEK NALEŻY ZŁOŻYĆ Z KOMPLETEM DOKUMENTÓW.

WSZYSTKIE KSEROKOPIE POWINNY BYĆ POTWIERDZONE ZA ZGODNOŚĆ Z ORYGINAŁEM PRZEZ ORGANIZATORA/PACODAWCĘ LUB OSOBĘ UPOWAŻNIONĄ I DOTYCZYĆ WYŁĄCZNIE OSÓB, ZA KTÓRE PRZYSŁUGUJE REFUNDACJA

***Niepotrzebne skreślić.**