**Powiatowy Urząd Pracy w Płońsku**





………………………………..

 (miejscowość, data)

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

 (pieczęć firmowa Organizatora)

**Powiatowy Urząd Pracy w Płońsku**

 **WNIOSEK**

**o zwrot części kosztów poniesionych na wynagrodzenia i składki na ubezpieczenie społeczne
w związku z zatrudnieniem osób bezrobotnych w ramach robót publicznych za miesiąc**……………………….**2024 r.**

Na podstawie art. 57 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy zwracam się z wnioskiem o zwrot części kosztów poniesionych na wynagrodzenia i składki na ubezpieczenie społeczne skierowanych osób bezrobotnych zatrudnionych w ramach robót publicznych.
Wniosek dotyczy umowy/porozumienia numer **UmRP/24/**..................... zawartej/go w dniu ....................... **2024 r.**

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

**za okres od …………………… do ………………….**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko****pracownika** | **Kwota refundacji****za czas przepracowany** | **% ZUS** | **Wysokość składek ZUS** | **Wynagrodzenie chorobowe** | **Ogółem do refundacji** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Razem:** |  |  |  |  |  |

**Ogółem do refundacji** (słownie w złotych):…………………………………………………………………………………...... …………………………………………………………………………………………………………………………………….

|  |
| --- |
| **Ponadto informuję, że niżej wymienieni pracownicy korzystali ze zwolnienia lekarskiego bądź urlopu bezpłatnego:** |
| Lp. | Imię i nazwiskopracownika | Zwolnienie lekarskieod - do | Wynagrodzenie za czas choroby (płatne z funduszu pracodawcy) | Zasiłek chorobowy(płatny z ZUS) | Urlop bezpłatnyod - do |
| Ile dni | kwota | Ile dni | kwota |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **……………………………………………………………………………………………………………………….**(Nazwa banku i nr konta)**Załączniki:**1. Kserokopie list obecności pracowników.
2. Kserokopie list płac.
3. Kserokopie potwierdzenia dokonania przelewów wynagrodzeń na rachunek bankowy pracowników.
4. Kserokopie wniosków urlopowych.
5. Kserokopie deklaracji rozliczeniowej ZUS DRA oraz RCA.
6. Kserokopie deklaracji ZUS RSA oraz kserokopie zwolnień lekarskich − w przypadku choroby.
7. Kserokopia potwierdzenia dokonania przelewu do ZUS (opłata składek na ubezpieczenie społeczne).

**UWAGA!**1. **Należy przyjąć, że miesiąc liczy 30 dni.**
2. **Kwoty w rozliczeniu finansowym należy zaokrąglać do 2 miejsc po przecinku.**
3. **Organizator załącza dokumenty dotyczące wyłącznie pracowników zatrudnionych w ramach robót publicznych.**

**Wszystkie kserokopie dokumentów należy potwierdzić za zgodność z oryginałem (pieczęć firmowa i podpis osoby potwierdzającej).**...……………………………….. ……………………………………………. ……………………………………. (opr.: imię i nazwisko, nr tel.) (pieczątka i podpis Głównego Księgowego) (pieczątka i podpis Organizatora) |

|  |
| --- |
| **Powiatowy Urząd Pracy w Płońsku** |

**LISTA OBECNOŚCI OSOBY ZATRUDNIONEJ W RAMACH ROBÓT PUBLICZNYCH
ZA MIESIĄC .............................. 2024 r.**

**Imię i nazwisko pracownika ...............................................................**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Data** | **Godzina rozpoczęcia pracy** | **Godzina zakończenia pracy** | **Ilość godzin** | **Podpis pracownika** | **Podpis osoby****uprawnionej do****kontroli listy** |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |  |
| **11** |  |  |  |  |  |
| **12** |  |  |  |  |  |
| **13** |  |  |  |  |  |
| **14** |  |  |  |  |  |
| **15** |  |  |  |  |  |
| **16** |  |  |  |  |  |
| **17** |  |  |  |  |  |
| **18** |  |  |  |  |  |
| **19** |  |  |  |  |  |
| **20** |  |  |  |  |  |
| **21** |  |  |  |  |  |
| **22** |  |  |  |  |  |
| **23** |  |  |  |  |  |
| **24** |  |  |  |  |  |
| **25** |  |  |  |  |  |
| **26** |  |  |  |  |  |
| **27** |  |  |  |  |  |
| **28** |  |  |  |  |  |
| **29** |  |  |  |  |  |
| **30** |  |  |  |  |  |
| **31** |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** |  |  |

**Oznaczenia na liście obecności:**

**Uw** - urlop wypoczynkowy;

**Ub** - urlop bezpłatny;

**Ch -** zwolnienie lekarskie;

**Cs** - leczenie szpitalne;

**Nn** - nieobecność nieusprawiedliwiona;

**Nu -** nieobecność usprawiedliwiona;

**Op** - opieka (2 dni lub 16h);

**M** - urlop macierzyński/ ojcowski