

.....
(pieczęć firmowa pracodawcy)

.....
(miejscowość i data)



Powiatowy Urząd Pracy w Łobzie

W N I O S E K o miesięczny zwrot poniesionych kosztów w związku z zatrudnieniem wspieranym

za okres od do

stosownie do postanowień art. 108 ust. 1 pkt 41 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz.U. z 2022 r. poz. 690 z późn. zm.) i art. 16 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym (Dz.U. z 2022 r. poz. 218 z późn. zm.).

oraz zgodnie z umową nr zawartą w dniu
zwracam się o refundację:

- wynagrodzeń - zł
- wynagrodzeń za czas choroby - zł
- składki na ZUS % - zł
- Ogółem kwota do refundacji - zł**

(słownie złotych:
.....)

Środki finansowe prosimy przekazać
(nazwa banku)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Oświadczam, iż od wynagrodzenia za osobę/y zatrudnioną/e w ramach robót publicznych zostały odprowadzone składki na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne i zaliczka na podatek dochodowy.

Rozliczenie finansowe na odwrocie.

.....
(opr. nazwisko i imię, nr tel.)

.....
(Gł. Księgowy pieczęć i podpis)

.....
(Pracodawca pieczęć i podpis)

Załączniki:

1. Kserokopia **listy płac potwierdzona za zgodność z oryginałem** z pokwitowaniem odbioru wynagrodzenia na liście płac lub potwierdzeniem dokonania przelewu na ROR.
2. Kserokopia **listy obecności potwierdzona za zgodność z oryginałem.**
3. Kserokopia deklaracji **ZUS DRA**, za miesiąc w którym nastąpiła wypłata **wraz z potwierdzeniem opłacenia składek na ZUS**, zgodne z okazanym ZUS DRA.
4. Kserokopia deklaracji **ZUS RCA**.
5. Kserokopie **zwolnień lekarskich potwierdzone za zgodność z oryginałem.**

**Rozliczenie finansowe
osób zatrudnionych na podstawie zawartej umowy**

nr

za miesiąc **2023 r.**

Lp.	Nazwisko i imię uczestnika	% zasiłku	Ilość dni chorobowych płatnych przez:		Ilość dni niepłatnych	Wynagrodzenie brutto wyплаcone przez zakład pracy			Kwota wynagrodzenia do refundacji			Ogółem do refundacji
			zakład pracy	ZUS		za czas pracy	za czas choroby	ZUS	za czas pracy	za czas choroby	ZUS	
1.												
2.												
3.												
4.												
5.												
RAZEM												

.....
(sporządził)