

.....
(pieczęć Organizatora),

....., dnia.....

POWIATOWY URZĄD PRACY
w Nowej Soli

Na podstawie zawartej umowy w dniu r. nr
o zatrudnienie bezrobotnych w ramach robót publicznych, prosimy o refundację części wydatków
poniesionych przez nas na:

Weryfikacja PUP

- | | | |
|---------------------------------------|-------|-------|
| 1. Wynagrodzenie dla - ... osoby/ób | | |
| w wysokości: | | |
| 2. Składki na ubezpieczenia społeczne | | |
| od ww. kwoty w wysokości (..... %): | | |
| 3. Wynagrodzenia za czas choroby | | |
| 4. OGÓŁEM DO REFUNDACJI: | | |

słownie złotych:

.....

zgodnie z załącznikiem do wniosku.

Jednocześnie nadmieniamy, że warunki zawartej umowy są przez nas przestrzegane.

.....
(pieczęć imienna i podpis Skarbnika Gminy/Miasta)

.....
(pieczęć imienna i podpis Wójta/Burmistrza/Prezydenta)

Załączniki:

1. Rozliczenie finansowe.
2. Kopia listy płac (wraz z potwierdzeniem odbioru wynagrodzenia).
3. Zwolnienia lekarskie (kserokopia).
4. Deklaracja ZUS DRA, RCA oraz RSA (w przypadku zwolnień lekarskich, urlopów bezpłatnych, nieobecności usprawiedliwionej lub nieusprawiedliwionej).
5. Dowód opłaty składek ZUS.
6. Lista obecności.

Deklaracje drukowane w trybie archiwalnym i roboczym nie będą przyjmowane.

Kserokopie ww. dokumentów należy potwierdzić za zgodność z oryginałem.

W przypadku kserokopii dwustronnej należy potwierdzić za zgodność, każdą ze stron.

.....
(pieczęć Organizatora)

Rozliczenie finansowe wynagrodzeń z tytułu zatrudnienia bezrobotnych w ramach robót publicznych

za okres:

Lp.	Nazwisko i imię zatrudnionego zgodnie z umową o pracę	Wynagrodzenie refundowane dla pracodawcy z Funduszu Pracy w zł	Wynagrodzenie za okres niezdolności /chorobowe/	ZUS od rubr. 3 w zł	Razem do refundacji i z FP w zł rubr. 3+4+5	Weryfikacja PUP- wypełnia PUP			
						Wynagrodzenie refundowane	Wynagrodzenie za okres niezdolności	ZUS od wynagrodzenia	Razem
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Razem									

Lp.	Nazwisko i imię	Zwolnienie lekarskie od - do	ilość dni za czas choroby (płatne z funduszu pracodawcy)		Zasiłek chorobowy (płatny z ZUS)		Urlop bezpłatny od - do
			w wys. 80%	w wys. 100%	ilość dni od - do	kwota w zł	
1	2	3	4	5	6	7	8

.....
(sporz., imię, nazwisko, nr. tel.)

.....
(pieczęć i podpis Organizatora)