**Załącznik nr 1**

|  |
| --- |
| ................................................... Szczecin, dn...........................  (nazwa i adres zakładu pracy)  ................................................................ **Powiatowy Urząd Pracy**  (nr rachunku i nazwa banku) **ul. Mickiewicza 39**  **70-383 Szczecin**  **WNIOSEK**  o refundację z Funduszu Pracy kosztów wynagrodzeń zatrudnionych.........................................  osób w ramach robót publicznych za okres  od................................. do ..............................  1. wynagrodzenie do refundacji za czas pracy ........................................................ zł  2. wynagrodzenie do refundacji za czas choroby ........................................................ zł  3. składka ZUS na ubezp. społeczne liczona w wys.  ..............% od kwoty wynagrodzenia ...................................................... zł  Razem do refundacji: ...................................................... zł  Słownie: ......................................................................................................................................  Kwota przedstawiona do refundacji na podstawie zawartej umowy nr .......................................  z dnia .......................................o roboty publiczne na okres:  od ...................................do .......................................  Sporządził:  ................................................. ................................................  (imię i nazwisko) (Pieczątka imienna, podpis Pracodawcy)  ................................................  (nr telefonu)  **ZAŁĄCZNIKI:** (**POTWIERDZONE ZA ZGODNOŚĆ Z ORYGINAŁEM**[[1]](#footnote-1))   1. Kserokopia listy płac wraz z potwierdzeniem wypłaty; 2. Kserokopia listy obecności; 3. Kserokopia przelewu/opłat rachunku składkowego; 4. Kserokopia deklaracji ZUS DRA; 5. Kserokopia zwolnień lekarskich. |
|  |

Wykaz osób bezrobotnych zatrudnionych

w ramach prac interwencyjnych / robót publicznych

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | Nazwisko i Imię | Data zatrudnienia | Ilość dni chorobowych płatnych przez: | | Ilość dni niepłatnych (urlop bezpłatny., nieobecności nieusprawie-dliwione, usprawiedliw-wione | Kwota refundacji: | | | |
| Zakład | ZUS | 1 | Wynagrodzenie za czas pracy | ZUS  % ……….. | Razem |
| 2 | Wynagrodzenie chorobowe |
| 1. |  |  |  |  |  | 1 |  |  |  |
| 2 |  |
| 2. |  |  |  |  |  | 1 |  |  |  |
| 2 |  |
| 3. |  |  |  |  |  | 1 |  |  |  |
| 2 |  |
| 4. |  |  |  |  |  | 1 |  |  |  |
| 2 |  |
| 5. |  |  |  |  |  | 1 |  |  |  |
| 2 |  |
| **Razem** | | |  |  |  | 1  +  2 |  |  |  |

1. **ZWROT: „ZA ZGODNOŚĆ Z ORYGINAŁEM”, STEMPEL PIECZĄTKI FIRMOWEJ PRACODAWCY ORAZ PIECZĄTKI IMIENNEJ I PODPIS OSOBY POTWIERDZAJĄCEJ, BĄDŹ W PRZYPADKU BRAKU PIECZĄTKI IMIENNEJ CZYTELNY PODPIS OSOBY POTWIERDZAJĄCEJ ZA ZGODNOŚĆ Z ORYGINAŁEM.** [↑](#footnote-ref-1)