|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Pieczęć organizatora |  | /miejscowość, data/ |

**Powiatowy Urząd Pracy we Włoszczowie**

**WNIOSEK**

o refundację kosztów zatrudnienia skierowanych osób bezrobotnych lub poszukujących pracy do kosztów poniesionych przez podmiot prowadzący Dom Pomocy Społecznej (DPS) albo jednostkę organizacyjną wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej (WRiPZ) na podstawie umowy nr ……….…..   
zawartej w dniu………………za miesiąc………………..

Składki na ubezpieczenia społeczne należne od pracodawcy .….% w tym składka na ubezpieczenie wypadkowe .…%

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię zatrudnionego  w ramach robót publicznych | Wynagrodzenie brutto bez wynagrodzenia za czas choroby | Wynagrodzenie za czas choroby | Zasiłek chorobowy | Składka ZUS płatna przez pracodawcę | Razem kol. 3+4+5+6 | Liczba dni za które wypłacono | | | Warunki umowy | | Ogółem do refundacji |
| wynagrodzenie | wynagr. za czas choroby | zasiłek chorobowy | Wysokość wynagrodzenia podlegająca refundacji | Składka ZUS  do zrefundowania |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| RAZEM | | | | | | | | | |  |  |  |

Łączna kwota do zrefundowania …………………..……*(słownie złotych* ……………………..……………………………………….……………………………………)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Przyznane środki z Funduszu Pracy proszę przekazać na konto:

Załączniki:

1. Kserokopie list płac zatrudnionych w ramach refundacji kosztów poniesionych przez podmiot prowadzący Dom Pomocy Społecznej (DPS) lub jednostkę organizacyjną wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej (WRiPZ) (z pokwitowaniem odbioru wynagrodzenia lub kopią przelewu wynagrodzenia na konto).
2. Kserokopie list obecności zatrudnionych w ramach refundacji kosztów poniesionych przez podmiot prowadzący Dom Pomocy Społecznej (DPS) lub jednostkę organizacyjną wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej (WRiPZ).Deklaracje ZUS (DRA, RCA, RSA).
3. Dowody wpłaty składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne oraz FP.
4. Świadectwa pracy zwolnionych pracowników.

*Kopie i kserokopie dokumentów muszą być potwierdzone za zgodność z oryginałem (czytelny podpis i pieczątka)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| /Sporządził/ |  | /Główny księgowy/ |  | /Pracodawca, pieczątka i podpis/ |

**DECYZJA PUP O REFUNDACJI**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Sprawdził pod względem merytorycznym |  | Sprawdził pod względem formalnym i rachunkowym |  | Zatwierdzono do refundacji zł……………..……. słownie złotych…………..……………………..……….. | | |
|  |  |  | | |
|  | | |
| /data i podpis/ | /data i podpis/ |  | /data i podpis/ |  | |