

# W N I O S E K

## o refundację części wynagrodzeń osoby(ów) zatrudnionej(ych) w ramach ROBÓT PUBLICZNYCH

.....  
(pieczętka pracodawcy)

.....  
(nazwa banku i numer rachunku bankowego)

za miesiąc - .....

Dotyczy umowy Nr ..... z dnia .....

### W Y P E Ł N I A Z A K Ł A D P R A C Y

Lp.	Nazwisko i imię	Umowa o pracę		Stanowisko pracy - wymiar etatu	Wg list wypłat - BRUTTO				RAZEM BRUTTO kol. 6+7+8+9	Nieobecność w pracy		Przyczyna	Wynagrodzenie za czas choroby	Zasiłek chorobowy	Ogółem BRUTTO kol. 10+14a lub 14b	Wypełnia Powiatowy Urząd Pracy
		zgodnie z zawartą umową z PUP od - do	data wcześniejszego rozwiązania stosunku pracy		Płaca zasadnicza	Premia	Inne wypłaty			Ilość dni						
							Kwota (tytuł)	Kwota (tytuł)		od 1.01.2020 r.	w ostatnim m-cu od-do					
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14a.	14b.	15.	16.
1.																
2.																
3.																
4.																
		Razem: x								x	x	x				

Składki na ubezpieczenia społeczne (zgodnie z umową z PUP) = \_\_\_\_\_ % = \_\_\_\_\_ zł

OGÓŁEM: ..... zł (słownie: .....) )

Do wniosku o refundację zakład pracy załącza potwierdzone za zgodność z oryginałem kopie dokumentów:

- a) listy wypłat wynagrodzeń pracownika/ów (data wypłaty wynagrodzenia .....),
  - b) potwierdzenie odbioru wynagrodzenia (np. potwierdzenie dokonania przelewu wynagrodzenia na konto pracownika),
  - c) przelewu bankowego (potwierdzenia zapłaty) składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, FP i FGŚP na indywidualne konto ZUS pracodawcy, data zapłaty składek ZUS (**proszę wpisać datę**) .....,
  - d) zaświadczenie o czasowej niezdolności do pracy,
  - e) w przypadku zm. stawki wynagrodzenia i innych warunków zatrudnienia- właściwy dokument.
- UWAGA: Każdy dokument mający wpływ na realizację niniejszej umowy należy dostarczyć w terminie 7 dni od zaistnienia w/wym. okoliczności.

**Tylko przy wynagrodzeniu za czas choroby lub zasiłku chorobowym podać:**  
w kol. 11 - ilość dni nieobecności od 01.01.2020 r.  
i w kol. 12 - ilość dni nieobecności od - do w danym miesiącu.  
W pozostałych przypadkach nieobecności podać przyczynę  
Wypełnić tylko kol. 12

**Oświadczam, że w opłaconej składce mieści się składka na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, FP i FGŚP za pracownika zatrudnionego w ramach refundacji.**

Bydgoszcz, dnia .....

.....  
(Sporządził - telefon)

.....  
(Główny Księgowy)

.....  
(Pracodawca /Organizator)

DO REFUNDACJI (wypełnia PUP):

Wynagrodzenie, składki ZUS	do 25 roku życia	pozostali	pow. 50 roku życia	RAZEM
§ 4010				
§ 4010				
§ 4110				