

.....
(miejsowość, data)

.....
(pieczęć pracodawcy)

**Powiatowy Urząd Pracy
w Mławie**

WNIOSEK

o zwrot części kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody i składki na ubezpieczenie społeczne z tytułu zatrudnienia skierowanych bezrobotnych w ramach robót publicznych

Na podstawie art. 136 ustawy z dn. 20.03.2025 o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz. U. z 2025 r. poz. 620), w związku z zawartą umową:

nr w dniu

o zorganizowanie zatrudnienia w ramach robót publicznych, prosimy o refundację:

- wynagrodzeń w kwocie

- składki na ubezpieczenie społeczne od refundowanych wynagrodzeń

Ogółem do refundacji kwota

(słownie złotych:)

Dane osoby wypełniającej wniosek (imię nazwisko, stanowisko, numer telefonu):

.....

.....
(Główny Księgowy, pieczętka i podpis)

.....
(Pracodawca, pieczętka i podpis)

Załączniki:

1. kserokopia listy płac z pokwitowaniem odbioru wynagrodzenia lub kserokopia listy płac z potwierdzeniem przelewu wygenerowanego z rachunku bankowego,
2. kserokopia imiennej listy obecności,
3. deklaracja DRA ZUS,
4. deklaracja ZUS RCA, RSA (deklaracja imienna),
5. dowody wpłat ZUS i US – potwierdzenia przelewów wygenerowane z rachunku bankowego lub kopie dowodów wpłat,
6. wydruk elektronicznego zwolnienia lekarskiego e-ZLA (jeśli wystąpiło).

Kserokopie przedkładanych dokumentów powinny być **potwierdzone za zgodność z oryginałem**. Potwierdzenia tego **nie wymagają wydruki z systemów**, np. z Płatnika, rachunku bankowego. Wnioski bez kompletu załączników nie będą realizowane. Termin realizacji wniosku liczony będzie od dnia dostarczenia kompletu załączników. Urząd Pracy dokona refundacji w terminie do 30 dni od dnia złożenia kompletnego wniosku.

.....
(pieczęć pracodawcy)

Rozliczenie wynagrodzeń osób zatrudnionych w ramach robót publicznych

za okres od do

L. p.	Nazwisko i imię zatrudnionego w ramach robót publicznych	Wynagrodzenie brutto w zł	Wynagrodzenie refundowane dla pracodawcy w zł		Wpłata do ZUS% od rubr. 4 w zł	Razem do refundacji w zł
			za czas przepracowany	za czas choroby		
1	2	3	4	5	6	7
1						
2						
3						
4						
5						
Razem						

Ponadto informuję, że niżej wymienieni pracownicy korzystali z:

Nazwisko i imię	Dni wolne od pracy inne niż urlop wypoczynkowy (np. zwolnienie od pracy z powodu siły wyższej)-dni/godziny	Zwolnienie lekarskie od – do	Wynagrodzenie za czas choroby (płatne z funduszu pracodawcy)		Zasilek chorobowy (płatny z ZUS)	Urlop bezpłatny od- do
			ile dni	kwota	ile dni	

.....
(Główny księgowy: pieczętka i podpis)

.....
(Pracodawca: pieczętka i podpis)