

**Załącznik do umowy**

.....  
(pieczęć firmowa Pracodawcy)

.....  
(miejsowość, data)

.....  
( Nazwa Banku)

.....  
(numer konta bankowego)

**POWIATOWY URZĄD PRACY  
w S A N O K U**

**WNIOSEK**

**O ZWROT PONIESIONYCH KOSZTÓW W ZWIĄZKU Z ZATRUDNIANIEM BEZROBOTNYCH W RAMACH  
ROBÓT PUBLICZNYCH NA PODSTAWIE ZAWARTEJ UMOWY**

NR ..... Z DNIA ..... ZA MIESIĄC.....

L.p.	Nazwisko i imię bezrobotnego	Liczba dni podleg. refundacji	Liczba dni opieki i urlopu bezpłat.	Wysokość wynagrodzenia do refundacji wg umowy				Kwota ogółem do refundacji
				Wysokość wynagrodz. brutto podlegająca refundacji bez chorob.	Kwota składki ZUS .....%	Liczba dni chor./%	Wynagrodzenie za czas choroby	
<b>RAZEM:</b>								

.....  
(pieczęć i podpis osoby upoważnionej)

**Załączniki:**

1. Kserokopia list płac w tym wynagrodzenie za czas choroby.
2. Kserokopia list obecności.
3. W przypadku choroby lub opieki kserokopia zaświadczenia lekarskiego ZLA.
4. Kserokopia dowodu potwierdzającego opłacenie składek na ubezpieczenie społeczne, zdrowotne i F.P.  
z zawartym **stwierdzeniem, że w opłaconej składce mieści się składka na ubezpieczenie społeczne, zdrowotne i F.P. za pracowników zatrudnionych zgodnie z zawartą umową - podpisem i imienną pieczęcią pracodawcy lub osoby upoważnionej.**
5. Deklaracja ZUS DRA.  
**Kopie (kserokopie) powyższych dokumentów muszą zawierać potwierdzenie zgodności z oryginałem.**

