Warszawa, dnia ………………r.

............................................

(Pieczęć firmowa Organizatora)

**Prezydent m.st. Warszawy**

**za pośrednictwem   
Urzędu Pracy m.st. Warszawy**

W nawiązaniu do umowy nr **RP/**….**/2024** z dnia …………r.

o zorganizowanie i finansowanie **robót publicznych**,

wnioskujemy o refundację za m-c .................................

* wynagrodzenie refundowane w kwocie …………………. PLN,
* składki na ubezpieczenia społeczne w kwocie …………………. PLN,
* ogółem do refundacji w kwocie …………………. PLN,

Słownie zł. ......................................................................................................................

**Oświadczam**, że informacje zawarte we wniosku i załączonych do niego dokumentach są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

**Jednocześnie informuję**, że warunki zawartej umowy z Miastem st. Warszawa –Urzędem Pracy m.st. Warszawy, są przez pracodawcę przestrzegane.

Środki finansowe prosimy przekazać na nasze konto w banku ..............................................................

nr rachunku \_ \_ - \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_

………………………………………….

Podpis i pieczątka imienna Organizatora

Załączniki:

* kopia listy płac (imienna), za m-c ……………….
* kopia przelewu wynagrodzenia, za m-c ……………….
* kopia ZUS DRA, RCA, za m-c ……………….
* kopia przelewu składek ZUS, za m-c ……………….
* kopia zwolnienia lekarskiego ZUS ZLA, za m-c ……………….

Wynagrodzenie za miesiąc ………………………. zostało wypłacone w miesiącu: ……….…………………

Składki i podatek od wypłaconego wynagrodzenia zostały opłacone w miesiącu:…………………………..

.**Wszystkie kserokopie wymaganych załączników   
muszą być poświadczone za zgodność z oryginałem!!!**

Wnioski prosimy składać w Urzędzie Pracy m.st. Warszawy   
przy ul. Ciołka 10A w Warszawie, tel. 693 397 119

# **Rozliczenie finansowe wynagrodzeń** osób zatrudnionych w ramach robót publicznych

…………………………………………………… za okres od ……………………………do ………………………..

Pieczęć firmowa Organizatora

Umowa o pracę zawarta od ……………………………do …………………………

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| l.p. | Nazwisko i imię | Wynagrodzenie brutto | Zwolnienie lekarskie  od ………………  do ……………… | Wynagrodzenie  chorobowe | Wynagrodzenie refundowane  dla pracodawcy  ze środków Funduszu Pracy | 16,26% + ubezpieczenie wypadkowe  w %  (od rubr. 6) | Ogółem do refundacji  (rubr. 6 + 7) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | - |  |  |  |  |  |  |

Słownie zł.:………………...................................................................................................................................................................................

UWAGI:

zwolniony dnia .................. przyczyna zwolnienia .............................. / przyjęty na czas nieokreślony dnia ................ zgodnie z pozycją z rozliczenia.

………………………………….. ……………………………………….

nr tel. osoby sporządzającej lub adres e-mail Podpis i pieczątka osoby sporządzającej