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

**Powiatowy Urząd Pracy**

 **we Włoszczowie**

**WNIOSEK**

**o refundację kwoty świadczeń pieniężnych wypłaconych bezrobotnym z tytułu wykonywania
prac społecznie użytecznych za miesiąc…………………………**

Stosownie do postanowień art. 73a i art. 108 ust. 1 pkt. 24a ustawy z dnia 20.04.2004 r. o promocji zatrudnienia
i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2022 r. poz. 690 ze zm.) oraz zgodnie z porozumienia Nr ................ z dnia ...................... proszę o refundację świadczeń pieniężnych wypłaconych bezrobotnym z tytułu wykonywania prac społecznie użytecznych
w ……….…………..…………………………………………….…

 (Nazwa gminy lub podmiotu, w którym organizowane są prace społecznie użyteczne)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię bezrobotnego | Okres wykonywania prac społ. użytecznych | Okres niewykonywania pracy, niezdolności do pracy | Ilość przepracowanych godzin przez osobę bezrobotną | Kwota do refundacji za godzinę pracy | Ogółem do refundacji | Uwagi |
| od dnia | do dnia |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |

Łączna kwota do zrefundowania ………………………………………………………………………………..

*(słownie złotych* ………………………………………………………………………………………………)

Przyznane środki z Funduszu Pracy proszę przekazać na konto:

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

Załączniki:

1. Kserokopie list bezrobotnych, którym za wykonywanie prac społecznie użytecznych, zgodnie z porozumieniem wypłacono świadczenie z podaniem jego wysokości oraz potwierdzeniem odbioru.
2. Kserokopie list obecności z podaniem ilości przepracowanych godzin w ciągu dnia.
3. Informacje o okresach niezdolności do pracy z powodu choroby przypadających w dniach wykonywania prac społecznie użytecznych.

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| /Sporządził/ |  | /Główny księgowy/ |  | /Organizator, 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/ |  |
|  |  |  |