Szczecin, dnia...............................

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

 (pieczęć firmowa Organizatora robót)

**Powiatowy Urząd Pracy**

**ul. Mickiewicza 39**

**70-383 Szczecin**

**W N I O S E K**

o udzielenie zaliczki na poczet wynagrodzeń bezrobotnych osób

zatrudnionych w ramach robót publicznych.

Na podstawie art. 57 ust. 3 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia
i instytucjach rynku pracy (tekst jednolity: Dz. U. z 2020 r. poz. 1409)
w związku z zawartą w dniu ………….. r. umową nr ……………....... w sprawie organizacji robót publicznych dla bezrobotnych osób skierowanych przez Powiatowy Urząd Pracy
w Szczecinie, prosimy o udzielenie zaliczki na poczet wypłaty wynagrodzenia za miesiąc
**grudzień …….. r**. i opłaty składki na ubezpieczenie społeczne dla ……… zatrudnionych bezrobotnych osób w wysokości ......................... zł

(słownie: …………………………………………………………………...………………… złotych),

w tym:

1. wynagrodzenie do refundacji za czas pracy ........................................................ zł

2. wynagrodzenie do refundacji za czas choroby ........................................................ zł

3. składka ZUS na ubezpieczenie społeczne liczona w wys.

 ..............% od kwoty z poz. 1 ...................................................... zł

**Przewidywany termin płatności wynagrodzenia:** ………………. r.

Jednocześnie oświadczamy, że rozliczenie otrzymanej kwoty zaliczki nastąpi zgodnie
z postanowieniami w/w umowy.

W/w kwotę pieniężną prosimy przekazać na konto bankowe:

nr ............................................................................................................................

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

 (nr rachunku , nazwa banku)

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

 (podpis i pieczęć Organizatora robót)

Wykaz osób bezrobotnych zatrudnionych

w ramach prac interwencyjnych / robót publicznych

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | Nazwisko i Imię | Data zatrudnienia | Ilość dni chorobowych płatnych przez: | Ilość dni niepłatnych(urlop bezpłatny., nieobecności nieusprawie-dliwione, usprawiedliw-wione | Kwota refundacji: |
| Zakład | ZUS | 1 | Wynagrodzenie za czas pracy | ZUS | Razem |
| 2 | Wynagrodzenie chorobowe |
| 1. |  |  |  |  |  | 1 |  |   |   |
| 2 |  |
| 2. |  |  |  |  |  | 1 |  |   |   |
| 2 |  |
| 3. |  |  |  |  |  | 1 |  |   |   |
| 2 |  |
| 4. |  |  |  |  |  | 1 |  |   |   |
| 2 |  |
| 5. |  |  |  |  |  | 1 |  |   |   |
| 2 |  |
| **Razem** |  |  |  | 1+2 |  |   |   |