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

 (pieczęć) (miejscowość data)

 **Dyrektor**

 **Powiatowego Urzędu Pracy**

 **w Krośnie Odrzańskim**

**WNIOSEK**

**o refundację kwoty świadczeń pieniężnych wypłaconych bezrobotnym bez prawa do zasiłku
 z tytułu wykonywania prac społecznie użytecznych**

Na podstawie art. 73a ust. 5 i 5b oraz art. 108 ust. 24a ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz zgodnie z Porozumieniem nr ................................................z dnia ...................................... w sprawie wykonywania prac społecznie użytecznych, prosimy o refundację poniesionych kosztów w okresie od ................................ do ..................................... z tytułu:

- wynagrodzenia dla ............... bezrobotnych ................................... zł

 **Ogółem:** ....................................zł

Środki finansowe prosimy przekazać ..........................................................................................................

 (nazwa banku, nr rachunku)

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

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

 (podpis i pieczęć imienna wnioskodawcy)

Załączniki:

1. Wykaz bezrobotnych bez prawa do zasiłku, którym za wykonanie prac społecznie użytecznych, zgodnie z porozumieniem wypłacono świadczenie.
2. Ewidencja wykonywania prac społecznie użytecznych.
3. Kopia list wypłat z wysokością wypłaconych świadczeń.

**Załącznik nr 1 do wniosku o refundację**

Wykaz bezrobotnych bez prawa do zasiłku, którym za wykonanie prac społecznie użytecznych, zgodnie z porozumieniem wypłacono świadczenie za okres od .............................do.................................

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i Imię bezrobotnego | Okres wykonywania prac społecznie 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 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

…………………………., dnia ............................... .....................................................

 podpis wnioskodawcy

Załącznik nr 2 do wniosku o refundację

Ewidencja wykonywania prac społecznie użytecznych za okres od …………………………………. do ………………………………….

Imię i nazwisko osoby ………………………………………………………………………….

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dzień miesiąca** | **Godzina rozpoczęcia pracy** | **Godzina zakończenia pracy** | **Ilość przepracowanych godzin** | **Rodzaj wykonywania prac** | **Podpis osoby wykonującej prace społecznie użyteczne** | **Podpis osoby nadzorującej wykonywanie prac społecznie użytecznych** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |  |  |
| **11** |  |  |  |  |  |  |
| **12** |  |  |  |  |  |  |
| **13** |  |  |  |  |  |  |
| **14** |  |  |  |  |  |  |
| **15** |  |  |  |  |  |  |
| **16** |  |  |  |  |  |  |
| **17** |  |  |  |  |  |  |
| **18** |  |  |  |  |  |  |
| **19** |  |  |  |  |  |  |
| **20** |  |  |  |  |  |  |
| **21** |  |  |  |  |  |  |
| **22** |  |  |  |  |  |  |
| **23** |  |  |  |  |  |  |
| **24** |  |  |  |  |  |  |
| **25** |  |  |  |  |  |  |
| **26** |  |  |  |  |  |  |
| **27** |  |  |  |  |  |  |
| **28** |  |  |  |  |  |  |
| **29** |  |  |  |  |  |  |
| **30** |  |  |  |  |  |  |
| **31** |  |  |  |  |  |  |
| **Razem ilość godzin wykonywania prac społecznie użytecznych** |  |   |  |  |

Uwaga: wymiar wykonywania prac społecznie użytecznych 10 godzin tygodniowo; 40 godzin w miesiącu.

……………………………………………

 podpis wnioskodawcy