……………………………… ………………………………….

Pieczęć gminy lub podmiotu miejscowość, data

**Powiatowy Urząd Pracy**

**w Nowym Mieście Lubawskim**

**WNIOSEK**

**o refundację świadczeń pieniężnych wypłaconych osobom uprawnionym**

**z tytułu wykonywania prac społecznie użytecznych**

Stosownie do Porozumienia Nr ……………………… z dnia …………………… w sprawie organizacji prac społecznie użytecznych, wnioskuję o refundację świadczeń pieniężnych wypłaconych osobom uprawnionym z tytułu wykonywania prac społecznie użytecznych za miesiąc ………………………………….

……………………………………………….

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwisko i imię osoby uprawnionej** | **Okres wykonywania prac społecznie użytecznych** | | **Okres**  **niewykonywania**  **pracy, niezdolności do pracy** | **Liczba przepracowanych godzin** | **Kwota do refundacji za godzinę pracy** | **Ogółem**  **do refundacji** |
| **od dnia** | **do dnia** |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |  |  |  |  |
| **7.** |  |  |  |  |  |  |  |
| **8.** |  |  |  |  |  |  |  |
| **9.** |  |  |  |  |  |  |  |
| **10.** |  |  |  |  |  |  |  |
| **R A Z E M** | | | | |  |  |  |

Słownie złotych: …………………………………………………………………………………………………………

Powyższą kwotę proszę przelać na konto nr:………………………………………………………………………...

…………………………………………………….

(Pieczęć i podpis osoby upoważnionej)

Załączniki:

1. Kopia imiennej listy wypłat i wysokości wypłaconych świadczeń wraz z potwierdzeniem przelewu na konto
2. Kopia listy obecności z wykazem przepracowanych godzin.