……………………………………. ………………………………………………………

(miejscowość, data) Pieczęć gminy lub podmiotu,

w którym organizowane są prace społecznie użyteczne

**WNIOSEK**

**o refundację kwoty świadczeń pieniężnych wypłaconych osobom uprawnionym   
z tytułu wykonywania prac społecznie użytecznych**

Stosownie do postanowień **Oświadczenia z dnia** **…………………….r**. 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)

za miesiąc ……………………………..

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię osoby uprawnionej\* | Okres wykonywania prac społ. użytecznych | | Okres niewykonywania pracy, niezdolności do pracy | Ilość przepracowanych godzin przez osobę uprawnioną\* | Kwota do refundacji za godzinę pracy | | Ogółem do refundacji | Uwagi |
|  |  | Od dnia | Do dnia |  |  | 60% | 100% |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\* **osoba uprawniona**:

a) to osoba bezrobotna oraz osoba, o której mowa w art. 73a ust. 1a (Dz. U. z 2025 r., poz. 214)

b) to osoba bezrobotna oraz osoba, o której mowa w art. 73a ust. 1a skierowana do wykonywania prac związanych z realizacją codziennych obowiązków domowych na rzecz opiekunów osób niepełnosprawnych.

Ogółem do refundacji …………………………… zł

Słownie złotych ………………………………………………………………………………………………

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

(nazwa banku)

       

(nr rachunku)

………………………………… (Pieczątka i podpis)

Załączniki:

1. Kopie list osób uprawnionych, którym, za wykonywanie prac społecznie użytecznych, zgodnie z oświadczeniem wypłacono świadczenie z podaniem jego wysokości oraz potwierdzeniem odbioru.
2. Kopia listy obecności z podaniem ilości przepracowanych godzin w ciągu dnia.
3. Kopie zwolnień lekarskich.