

....., dnia .....

.....  
(pieczętka wnioskodawcy)

**Powiatowy Urząd Pracy  
w Kielcach**

**WNIOSEK  
o refundację prac społecznie użytecznych**

na podstawie **art. 73a** ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy tekst jednolity (t.j. Dz.U. z 2025 r. poz.214) oraz rozporządzenia Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 21 grudnia 2017 r. w sprawie trybu organizowania prac społecznie użytecznych (Dz.U. z 2017 r. poz. 2447).

1. Pełna nazwa wnioskodawcy/gminy (adres, telefon, fax):

.....  
.....

2. NIP: ..... REGON: .....

3. Nazwa banku i numer konta:

.....

4. Liczba osób uprawnionych/bezrobotnych, o których mowa w art. 73a ust. 1 Ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy/osób, o których mowa w art. 73a ust. 1a ww. Ustawy, którym wypłacono świadczenie za wykonanie prac społecznie użytecznych – ogółem .....  
(zgodna z wykazem wskazanym we wniosku).

5. Okres wykonywania prac społecznie użytecznych od ..... do.....  
ilość godzin ogółem .....

6. Kwota wypłaconych świadczeń .....

7. Kwota przeznaczona do refundacji .....

**Załączniki do wniosku:**

1. Lista osób uprawnionych/bezrobotnych, o których mowa w art. 73a ust. 1 Ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy/osób, o których mowa w art. 73a ust. 1a ww. Ustawy korzystających ze świadczeń pomocy społecznej skierowanych do wykonywania prac społecznie użytecznych, oraz którym za wykonywanie prac społecznie użytecznych wypłacono świadczenie (załącznik nr 1).

.....  
(pieczętka i podpis wnioskodawcy)

.....  
 (pieczęć wnioskodawcy)

**Lista osób uprawnionych/bezrobotnych, o których mowa w art. 73a ust. 1 Ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy/osób, o których mowa w art. 73a ust. 1a ww. Ustawy korzystających ze świadczeń pomocy społecznej skierowanych do wykonywania prac społecznie użytecznych oraz którym za wykonywanie prac społecznie użytecznych wypłacono świadczenie za miesiąc.....**

Lp.	Nazwisko i imię	PESEL	Ilość godzin przepracowanych	Kwota wypłaconego świadczenia	Kwota refundacji	Uwagi
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
<b>RAZEM</b>						

.....  
 (pieczęć i podpis wnioskodawcy)