(Załącznik nr do "Wniosku o zwrot części kosztów.. ")

**Rozliczenie finansowe wynagrodzeń osób zatrudnionych w ramach prac interwencyjnych**

za okres od ….do………………….…

(j)icczęć firmowa pracodawcy)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię zatrudnionego w ramach prac interwencyjnych | Wynagrodzenie brutto w zł | Wynagrodzenie refundowane dla pracodawcy z Funduszu Pracy  w zł | Wplata do ZUS % od rubr. 4 w zł | Razem do refundacji z FP w zł |
| I | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1. |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | | | | |  |
|  | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ponadto informuję, że niżej wymienieni pracownicy korzystali ze zwolnienia bądź urlopu bezpłatnego: | | | | | | | |
| Lp. | Nazwisko i imię | Zwolnienie  lekarskie od - do | Wynagrodzenie za czas choroby (płatne z funduszu pracodawcy) | | Zasiłek chorobowy (płatny z ZUS) | | Urlop bezpłatny od - do |
| ilość dni od - do | kwota w zl | ilość dni od - do | kwota w zł |
| I | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| UWAGI:  Zwolniony dnia przvezvna zwolnienia  przyjęty na czas nieokreślony dnia zgodnie z pozycją rozliczenia: ..  (główny Księgowy; pieczątka i podpis) (Pracodawca; pieczątka i podpis) | | | | | | | |

UP-30 Vfy Wydav/nictwa Akcydensowe SA, O/Olsztyn ul Żelazna 3. tel (0 89) 533-52-13 A B