(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 Pracyw 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 | Zwolnienielekarskie 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