

.........................................

(pieczęć firmowa pracodawcy)

**Rozliczenie finansowe wynagrodzeń osób zatrudnionych w ramach**

**prac interwencyjnych za okres od ............................ do............................**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***L.p.*** | ***Nazwisko i imię zatrudnionego w ramach prac interwencyjnych zgodnie z umową o pracę od……………do…………….*** | ***Wynagrodzenie brutto w zł.*** | ***Wynagrodzenie refundowane dla pracodawcy z***  ***Funduszu Pracy***  ***w zł.*** | ***Wpłata do ZUS...... % od rubr.4 w zł.*** | ***Razem do refundacji z FP w zł.*** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | Ogółem do refundacji: słownie złotych: |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ponadto informuję, że niżej wymienieni pracownicy korzystali ze zwolnienia lekarskiego 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 zł | ilość dni  od - do | | kwota  w zł |
| 1 | 2 | 3 | | 4 | 5 | 6 | | 7 | 8 |
|  |  |  | |  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  |  | |  |  |
| UWAGI:  Zwolniony dnia ……………………..….. przyczyna zwolnienia ………………………………………………….  przyjęty na czas nieokreślony dnia ……………………. zgodnie z pozycją rozliczenia: ……………….……… | | | | | | | | | |
| ………………………….  (opr. nazwisko i imię; nr tel.) | | | …..……………………………………  (Główny Księgowy; pieczątka i podpis) | | | | .…..………………………………..  (Pracodawca; pieczątka i podpis) | | |