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

pieczęć firmowa Pracodawcy

Rozliczenie finansowe wynagrodzeń osób zatrudnionych w ramach zatrudnienia wspieranego

za okres od .................................................... do ............................................................

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwisko i imię zatrudnionegow ramach umowy****o pracę w ramach zatrudnienia wspieranego** | **Wynagrodzenie brutto w zł wg. listy płac** | **Wynagrodzenie do refundacji z****Funduszu Pracy****(bez wynagro-dzenia za czas choroby)** | **Składka do ZUS ..............%****od rubr. 4 w zł.** | **Wynagrodzenie za czas****choroby****refundowane****z Funduszu****Pracy** | **Razem do****refundacji****z FP w zł****(4+5+6)** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|   |   |  |   |   |   |  |
|   |   |  |   |   |   |  |
|   |   |  |   |   |   |  |
|   |   |  |   |   |   |  |
|   |   |  |   |   |   |  |
|   |   |  |   |   |   |  |
| **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 ze środków****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 rozliczeniową ………………….

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

imię i nazwisko osoby sporządzającej Główny Księgowy Pracodawca

 wniosek; nr tel. pieczęć i podpis pieczęć i podpis