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

pieczęć firmowa Pracodawcy

Rozliczenie finansowe wynagrodzeń osób zatrudnionych w ramach zatrudnienia wspieranego

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwisko i imię zatrudnionego w 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