**Załącznik nr 1 do wniosku – Rozliczenie finansowe.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię | | **Koszty poniesione przez pracodawcę** | | | | | | | **Koszty do refundacji** | | | | | |
| wynagrodzenie brutto bez  wynagrodzenia za okres choroby  w zł | Wynagrodzenie za okres choroby (finansowane ze środków pracodawcy)  w zł | | | składka ZUS  emerytalna rentowa  wypadkowa  w zł | RAZEM  koszty pracodawcy  3+4+5 | | wynagrodzenie brutto bez wynagrodzenia za okres choroby  w zł | | wynagrodzenie za okres choroby (finansowane ze środków pracodawcy)  w zł | składka ZUS  emerytalna rentowa  wypadkowa  w zł | | RAZEM  do refundacji  7+8+9 |
| **1** | **2** | | **3** | **4** | | | **5** | **6** | | **7** | | **8** | **9** | | **10** |
|  |  | |  |  | | |  |  | |  | |  |  | |  |
|  |  | |  |  | | |  |  | |  | |  |  | |  |
| Ogółem do refundacji: słownie złotych: ……………………………………………………………………………………….…………………………………. | | | | | | | | | | | | | | |  |
| **Ponadto informuję, że wyżej wymienieni pracownicy korzystali ze zwolnienia lekarskiego bądź byli nieobecni w pracy (nieobecność niepłatna) :** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Lp. | | Nazwisko i imię | Zwolnienie lekarskie od - do | | wynagrodzenie za okres choroby (finansowane ze środków pracodawcy) | | | zasiłek chorobowy, macierzyński, opiekuńczy (płatny z ZUS) | | | nieobecność usprawiedliwiona i nieusprawiedliwiona niepłatna od -do | | | Wysokość składki na ubezpieczenie wypadkowe w miesiącu , którego dotyczy refundacja **………..**  %. | | |
| ilość dni | Kwota w zł | | ilość dni | Kwota w zł | |
| **1** | | **2** | **3** | | **4** | **5** | | **6** | **7** | | **8** | | |
|  | |  |  | |  |  | |  |  | |  | | |
|  | |  |  | |  |  | |  |  | |  | | |

1) Oświadczam, że nie otrzymałem dofinansowania do wynagrodzenia osób zatrudnionych w ramach prac interwencyjnych za miesiąc  
za który ubiegam się o refundację.   
2) Oświadczam, że nie otrzymałem zwolnienia w opłacaniu składek na ZUS od osób zatrudnionych w ramach prac interwencyjnych  
za miesiąc za który ubiegam się o refundację.

………………………………………………. ………………………………………………………. ……………………………………………………

pieczęć firmowa pracodawcy ( opracował nazwisko i imię: nr tel.) (osoba upoważniona pieczątka i podpis)