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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię  | **Koszty poniesione przez pracodawcę** | **Koszty do refundacji** |
| wynagrodzenie brutto bezwynagrodzenia za okres chorobyw zł | Wynagrodzenie za okres choroby (finansowane ze środków pracodawcy)w zł | składka ZUSemerytalna rentowawypadkowaw zł | RAZEMkoszty pracodawcy3+4+5 | wynagrodzenie brutto bez wynagrodzenia za okres chorobyw zł | wynagrodzenie za okres choroby (finansowane ze środków pracodawcy)w zł | składka ZUS emerytalna rentowawypadkowaw zł | RAZEMdo refundacji7+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)