**ROZLICZENIE KOSZTÓW**

za miesiąc ………………20……..r. zgodnie z umową nr …………….z dnia ……………….

za zatrudnienie: ……………………………………………………………………………………

(imię i nazwisko osoby zatrudnionej w ramach umowy o prace interwencyjne)

**I. KOSZTY PONIESIONE PRZEZ PRACODAWCĘ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Wynagrodzenie brutto zgodne z listą płac i RCA | | Wynagrodzenia za czas choroby  (zgodnie z RSA) | | Zasiłki obciążające ZUS | | Składka ZUS  ………..%  (od rubryki 1) | Ogółem poniesione koszty  (rubryki 1+3+7) |
| Wysokość | Liczba dni | Wysokość | Liczba dni | Wysokość | Liczba dni |
| 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. | 7. | 8. |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**UWAGA – Dotyczy kolumny 2:** Ilość dni kalendarzowych (28, 29, 30 lub 31) powinna być pomniejszona o: okres nie objęty umową o pracę, okres urlopu bezpłatnego, okres nieprzepracowany z winy pracownika, okres pobierania wynagrodzenia chorobowego oraz zasiłku chorobowego i opiekuńczego wpłaconego ze środków ZUS.

**II. USTALENIE NALEŻNEJ KWOTY DO REFUNDACJI**

(Obliczenia kwoty należnej do refundacji należy dokonać zgodnie z instrukcją wypełniania)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wyszczególnienie** | **Kwota do refundacji** |
| 1. | Wynagrodzenie za przepracowanie pełnego / niepełnego miesiąca |  |
| 2. | Składka ZUS do refundacji |  |
| 3. | Wynagrodzenie chorobowe obciążające pracodawcę |  |
| 4. | Łączna kwota do refundacji (1+2+3) |  |

Sporządził(a): ……………………………………. Nr telefonu:……………………………………..

……………………………………..

Pracodawca – podpis i pieczęć