**ROZLICZENIE KOSZTÓW** za miesiąc …………….. do umowy nr……….….…. z dnia……….…….

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | IMIĘ I NAZWISKO OSOBY SKIEROWANEJ DO WYKONYWANIA ROBÓT PUBLICZNYCH | KOSZTY PONIESIONE PRZEZ PRACODAWCĘ | **USTALENIE KWOTY DO REFUNDACJI** |
| Wynagrodzenie brutto zgodne z listą płac i RCA | Wynagrodzenia za czas choroby(zgodnie z RSA) | Zasiłki obciążające ZUS | Składka ZUS………..%(obliczona od kwoty z rubryki 3) | Ogółem poniesione koszty(rubryki 3+5+9) | **Wynagrodzenie za przepracowanie pełnego / niepełnego miesiąca** | **Składka ZUS do refundacji** | **Wynagrodzenie chorobowe obciążające pracodawcę** | **Łączna kwota do refundacji (11+12+13)** |
| Kwota zł | Liczba dni | Kwota zł | Liczba dni | Kwota zł | Liczba dni |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | **11** | **12** | **13** | **14** |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **OGÓŁEM DO REFUNDACJI** **(za wszystkich pracowników wskazanych w kol. 2)** |  |  |  |  |

**UWAGA – Dotyczy kolumny 4:** Liczba 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.

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