*Załącznik nr 2 do umowy o subsydiowanie zatrudnienia u Pracodawcy*

……………………………..

(pieczęć firmowa Pracodawcy)

**Rozliczenie finansowe wynagrodzeń w ramach subsydiowanego zatrudnienia**

**za okres od ………………… do ……………………**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko zatrudnionego w ramach subsydiowanego zatrudnienia | | Wynagrodzenie brutto z listy płac | Wynagrodzenie refundowane dla pracodawcy w ramach subsydiowanego zatrudnienia | | Wpłata do ZUS ………%  (od rubryki 4) | Wkład własny | Razem do refundacji (suma rubryk  4, 5 i 6 minus rubryka 7) |
| za czas przepracowany | za czas choroby |
| 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| **1.** |  | |  |  |  |  |  |  |
| **2.** |  | |  |  |  |  |  |  |
| **3.** |  | |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** | | | |  |  |  |  |  |
|  |  | Ogółem do refundacji słownie złotych:  ……………………………………………………………………………………………………………...... | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Wymienieni pracownicy korzystali ze zwolnienia lekarskiego bądź urlopu bezpłatnego: | | | | | | | |
| Lp. | Imię i nazwisko zatrudnionego w ramach subsydiowanego zatrudnienia | Zwolnienie lekarskie/ urlop bezpłatny od - do | Wynagrodzenie za czas choroby (płatne z funduszu pracodawcy) | | Zasiłek chorobowy (płatny z ZUS) | | Urlop bezpłatny od - do |
| liczba dni | kwota | liczba dni | kwota |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |  |  |
| **UWAGI:**  Zwolniony dnia ……………………………………, przyczyna zwolnienia …………………………………..,  przyjęty na czas nieokreślony dnia ……………………….. | | | | | | | |

Prawdziwość powyższych danych zostaje stwierdzona pieczęcią imienną oraz podpisem przez następujące osoby:

…………………………… …………………………… ……………………………………………

(sporządzająca rozliczenie) (Główna/-y Księgowa/-y) (reprezentująca Pracodawcę)