Beküldendő: 1 pld-ban a .........................................Járási Hivatal részére Foglalkoztató neve, címe:

Beküldési határidő: **a tárgyhónapot követő hónap 12. napja** Ügyintéző neve, telefonszáma:

Teljes pénzforgalmi jelzőszáma:………..…..-..…………...-……………

Hatósági szerződés száma:

**ELSZÁMOLÓ LAP**

**az „Új Patrónus VIII.” elnevezésű munkaerő-piaci program keretében munkahelymegtartó bértámogatás igényléséhez, illetve teljesítés igazolásához**

**Időszak: 20…. év………………….….. hó**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Foglalkoztatott neve | Születési helye, ideje  (év, hó, nap) | TAJ száma | Ledolgozott munkanapok/ havi munkanapok száma**¹** | A távollét | | Számfejtett bruttó bér (Ft) | | Igényelt támogatás összege (Ft) | A támogatásból kikerülés | |
| Oka2 | Időtartama (-tól-ig) | Oka3 | Időpontja4 |
| 1. |  |  |  | / |  |  |  | |  |  |  |
| 2. |  |  |  | / |  |  |  | |  |  |  |
| 3. |  |  |  | / |  |  |  | |  |  |  |
| Összesen: | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |

|  |
| --- |
| **(Az igényelt támogatásról szóló táblázatban mindig az adott időszakhoz tartozó összeget kell beírni, és ezt akkor is kérjük megtenni, ha az 0 Ft.)**  1Támogatás csak a kifejezetten munkában töltött idő után igényelhető táppénz, igazolt (felmentési idő nem tartozik ide), vagy igazolatlan mulasztás idejére nem igényelhető. Nem igényelhető támogatás továbbá azok részére, akik valamilyen okból (fizetés nélküli szabadság, szülési szabadság, GYES, GYED, stb. miatt) az adott időszakban munkát nem végeztek, és részükre munkabért nem fizettek.  2**Távollétek okai** (kérjük, hogy a megfelelő kódot írja be a táblázatba)**:** 1. Táppénz, 2. Fizetés nélküli szabadság, 3. Egyéb, nem fizetett távollét  3**Támogatott munkahelyről való kikerülés oka:**  **1**. Közös megegyezéssel munkaviszony megszűnt; **2.** Foglalkoztató működési okból történő felmondása; **3.** Foglalkoztató azonnali hatályú felmondása; **4.**Foglalkoztatott felmondása; **5.** Foglalkoztatott azonnali hatályú felmondása; **6.** Nyugellátásra jogosultságot szerzett; **7.** Foglalkoztató egyéb okból történő felmondása; **8.** Nem támogatott munkahelyre került át; **9**. A foglalkoztatott munkaképtelenné vált; **10.** Kötelezettségszegés miatti felmondás; **11.**Foglalkoztató jogutód nélkül megszűnt; **12.** Foglalkoztatott elhalálozott; **13.** Próbaidő alatt azonnali hatállyal megszűnt a munkaviszony;  4Kérjük, hogy a kikerülés időpontját csak azoknál töltse ki, akik a támogatásból valóban és végleg kikerültek. |

Kelt:…………………………, ………..év ………..hónap ………….. nap\* …………………………………..

\*Elektronikus ügyintézés esetén elektronikus aláírással és időbélyegzővel ellátva cégszerű aláírás\*