……………………………………..

Pieczątka zakładu pracy

**WNIOSEK O REFUNDACJĘ PODMIOTOWI PRZYJMUJĄCEMU NA STAŻ DODATKU DLA OPIEKUNA STAŻYSTY/TKI –JEDNOOSOBOWA DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZA**

Wniosek dotyczy umowy nr …………………………………………….

Zawartej w dniu……………………..

Dodatek dla opiekuna stażysty refundowany dla pracodawcy w kwocie

………………………………………… zł brutto wraz z kosztami pracodawcy.

W okresie od …………………………. do …………………………………..

(należy wskazać okres za jaki przysługuje dodatek za pełnienie funkcji opiekuna stażysty)

Środki finansowe proszę przekazać na konto nr

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | - |  |  |  |  |  | - |  |  |  |  | - |  |  |  |  | - |  |  |  |  | - |  |  |  |  | - |  |  |  |  |

Oświadczam, że od dodatku za pełnienie funkcji opiekuna stażysty podatek dochodowy od osób fizycznych będę płacił we własnym zakresie zgodnie z obowiązującą mnie formą opodatkowania.

................................................. …………………………………......................

 Miejscowość, data Czytelny podpis osoby upoważnionej
 do reprezentowania firmy

**OŚWIADCZENIE WŁAŚCICIELA JEDNOOSOBOWEJ DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ**

Oświadczam, iż w związku z pełnieniem funkcji opiekuna stażysty nad

Panem/Panią ……………………………………………………………………………………

(Imię i nazwisko Uczestnika/uczestniczki projektu „Korona Sądecka dla młodych”)

Na podstawie umowy nr ……………………………………………

Na sprawowanie opieki nad ww. stażystą/stażystką przeznaczyłem …………. godzin

(należy wskazać liczbę godzin jaką właściciel jednoosobowej działalności gospodarczej poświęcił na sprawowanie opieki nad stażystą )

W okresie od …………………………. do …………………………………..

(należy wskazać okres za jaki przysługuje dodatek za pełnienie funkcji opiekuna stażysty)

................................................. …………………………………......................

Miejscowość, data Czytelny podpis osoby upoważnionej
 do reprezentowania firmy

1. Jestem świadomy, iż wypłata dodatku dla Opiekuna stażysty wynikać musi ze zwiększonego zakresu zadań (sprawowana opieka nad stażystą/ami).

2. Oświadczam, że jako opiekun stażysty wykonuję dodatkowe zadania nie wynikające z działań na rzecz prowadzonej działalności gospodarczej.

3. Oświadczam, iż jestem świadomy, że wynagrodzenie przysługujące opiekunowi stażysty jest wypłacane z tytułu wypełniania obowiązków, nie zależy natomiast od liczby stażystów, wobec których te obowiązki świadczy.

4. Oświadczam, że zapoznałem się ze stawkami możliwymi do refundacji.

5. Oświadczam, że od dodatku za pełnienie funkcji opiekuna stażysty podatek dochodowy od osób fizycznych będę płacił we własnym zakresie zgodnie z obowiązującą mnie formą opodatkowania.

6. Oświadczam, że zostałem poinformowany, że zwrot ww. kosztów jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

7. Świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, iż informacje zawarte we wniosku oraz załączonych dokumentach są zgodne ze stanem faktycznym.

8. Wiarygodność Informacji podanych we wniosku potwierdzam własnoręcznym podpisem.

................................................. …………………………………......................

Miejscowość, data Czytelny podpis osoby upoważnionej
 do reprezentowania firmy

**ZESTAWIENIE KOSZTOWE DOTYCZĄCE WYNAGRODZENIA OPIEKUNA STAŻU**

Maksymalna wysokość dodatku, pomniejszona proporcjonalnie do liczby godzin, które opiekun stażysty przeznaczył na sprawowanie opieki nad stażystą nie może przekroczyć kwoty 500,00 zł brutto brutto. Wysokość wynagrodzenia nalicza się proporcjonalnie do liczby godzin stażu zrealizowanych przez stażystów.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Okres za jaki przysługuje dodatek za pełnienie funkcji opiekuna stażysty(podać miesiąc i rok) | Maksymalna wysokość dodatku 500,00 zł brutto wraz z kosztami pracodawcy | Liczba godzin pracy w miesiącu za który przysługuje dodatek: np.: październik – 184 h, listopad – 160 h | Liczba godzin, które właściciel jednoosobowej działalności gospodarczej przeznaczył na sprawowanie opieki nad stażystą w miesiącu – zgodnie z oświadczeniem przedsiębiorcy | Podstawa wyliczenia dodatku (kolumna 2 : kolumna 3) x kolumna 4 | Wysokość dodatku do refundacji max 500,00 zł brutto wraz z kosztami pracodawcy |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
|  |  |  |  |  |  |

Wysokość dodatku (kolumna 2 : kolumna 3) x kolumna 4



|  |  |
| --- | --- |
| **NOTA KSIĘGOWA** | **NR …………….................** |
| Data wystawienia: ………………………… | Termin płatności: 14 dni |
| Metoda płatności: przelew | ORYGINAŁ |

**Wystawca:** (nazwa i adres jednostki przyjmującej)

NIP …………………………

**Odbiorca:**

**LGD Korona Sądecka**

**ul. Papieska 2**

**33-395 Chełmiec**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.P. | Obciążyliśmy | Waluta | Treść | Uznaliśmy | Waluta |
| 1. |  | PLN | Sprawowanie opieki nad stażystą w ramach projektu ”Korona Sądecka dla młodych” w okresie ……………………... |  | PLN |

Razem: **……………………..**

Słownie: **……………………**

**NR KONTA:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | - |  |  |  |  | - |  |  |  |  | - |  |  |  |  | - |  |  |  |  | - |  |  |  |  | - |  |  |  |  |

………………………………………………….

(pieczęć i czytelny podpis osoby upoważnionej
do wystawiania noty księgowej)