……………………………………..

Pieczątka zakładu pracy

**WNIOSEK O REFUNDACJĘ PODMIOTOWI PRZYJMUJĄCEMU NA STAŻ DODATKU DLA OPIEKUNA STAŻYSTY/TKI**

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

Zawartej w dniu……………………..

Dodatek dla opiekuna stażysty refundowany 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

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

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

Miejscowość, data Czytelny podpis osoby upoważnionej   
 do reprezentowania firmy

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE OPIEKUNA STAŻYSTY/TKI**

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 przeznaczono …………. godzin

(należy wskazać liczbę godzin jaką opiekun stażysty 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 do wynagrodzenia opiekuna stażysty wynika ze zwiększonego zakresu zadań (opieka nad stażystą).
2. Oświadczam, że osoby oddelegowane do opieki nad stażystą wykonują dodatkowe zadania nie wynikające z umowy o pracę.
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, iż zapoznałem się ze stawkami możliwymi do refundacji.
5. Oświadczam, że wnioskowana kwota refundacji nie zawiera zysku i nie stanowi dla mnie korzyści.
6. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, iż 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.



**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 opiekun stażysty przeznaczył na sprawowanie opieki nad stażystą w miesiącu – zgodnie z oświadczeniem pracodawcy/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

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

(miejscowość) (data) (pieczęć i czytelny podpis   
 osoby upoważnionej)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOTA KSIĘGOWA** | | **NR …………….................** |
| Data wystawienia: ………………………… | Termin płatności: 10 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)