**WNIOSEK O REFUNDACJĘ WYNAGRODZENIA OPIEKUNA STAŻU**
DOTYCZY UMOWY O ZORGANIZOWANIE STAŻU NR \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa Podmiotu przyjmującego na staż** |  |
| **Imię i nazwisko Opiekuna stażu** |  |
| **Imię i nazwisko Stażysty/Stażystki** |  |
| **Okres za jaki Podmiot ubiega się o refundację**  |  |
| **Kwota dodatku netto** |  | Data zapłaty |  |
| **Składki ZUS** |  | Data zapłaty |  |
| **Podatek US** |  | Data zapłaty |  |
| **Razem** |  | **w tym: koszty pracodawcy[[1]](#footnote-1)** |  |
| **Wnioskowana kwota refundacji[[2]](#footnote-2)** |  |
| **Na rachunek** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Jestem świadomy, iż wypłata dodatku do wynagrodzenia Opiekuna stażysty wynika ze zwiększonego zakresu zadań (opieka nad stażystą/grupą stażystów).

1. Oświadczam, że osoby oddelegowane do opieki nad Stażystą/Stażystką wykonują dodatkowe zadania niewynikające z umowy o pracę.
2. Oświadczam, iż jestem świadomy, że wynagrodzenie przysługujące Opiekunowi stażysty z tytułu wypełnienia nałożonych obowiązków odnosi się do zrealizowanej przez niego usługi, a nie do liczby Stażystów/Stażystek, wobec których tę usługę świadczy.
3. Oświadczam, że wnioskowana kwota refundacji nie zawiera zysku i nie stanowi dla mnie korzyści.
4. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, iż refundacja ww. kosztów jest współfinansowana w ramach Fundusze Europejskie dla Małopolski 2021-2027 Priorytet 6. Fundusze europejskie dla rynku pracy, edukacji i włączenia społecznego., Działanie 6.6 Rozwój kompetencji kadr i adaptacja do zmian typ projektu B: kompleksowe programy typu outplacementu.
5. Świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, iż informacje zawarte we wniosku oraz załączonych dokumentach są zgodne ze stanem faktycznym.
6. Wiarygodność informacji podanych we wniosku potwierdzam własnoręcznym podpisem.

………………….…………………………………………
data i podpis Podmiotu przyjmującego na staż

Załączniki:

1. Kserokopia listy płac zawierająca wyszczególniony dodatek do wynagrodzenia potwierdzona za zgodność z oryginałem oraz potwierdzenie wypłaty wynagrodzenia.
2. Potwierdzenie zapłaty wynagrodzenia i pochodnych od wynagrodzenia (ZUS i podatek do US).
3. Kserokopia listy obecności Opiekuna stażysty (ewentualnych zwolnień lekarskich).

Na dokumentach dołączanych do wniosku widoczne mogę być wyłącznie dane i

informacje dotyczące Opiekuna stażu.

|  |
| --- |
| **Wypełnia personel projektu** |
| 1. | liczba dni roboczych w tym okresie |  |
| 2. | liczba dni na zwolnieniu lekarskim Stażysty/Stażystki |  |
| 3. | liczba dni urlopowych Stażysty/Stażystki  |  |
| 4. | liczba dni nieusprawiedliwionej nieobecności Stażysty/Stażystki |  |
| 5. | liczba dni roboczych, za które przysługuje refundacja |  |
| **Przyznaję refundację w kwocie[[3]](#footnote-3)** |  |
| **Uwagi** |  |
| **Podpis personelu projektu** |  |

1. Koszty ponoszone przez Podmiot przyjmujący na staż (pracodawcę) stanowią wydatek nie podlegający refundacji [↑](#footnote-ref-1)
2. Łączna kwota po odjęciu kosztów Podmiotu przyjmującego na staż (pracodawcy), w wysokości nie większej niż 250 zł brutto miesięcznie za opiekę nad pierwszym Stażystą/Stażystką [↑](#footnote-ref-2)
3. Wysokość refundacji naliczana jest proporcjonalnie do liczby godzin stażu zrealizowanego w danym miesiącu przez Stażystę/Stażystkę. Liczba ta uwzględnia 2 dni wolne przysługujące osobie odbywającej staż, których skorzystanie nie pomniejsza wysokości refundacji. W pozostałych przypadkach nieobecności Stażysty/Stażystki na stażu refundacja za te dni nie przysługuje. [↑](#footnote-ref-3)