**WNIOSEK O REFUNDACJĘ WYNAGRODZENIA OPIEKUNA STAŻYSTY**

DOTYCZY UMOWY O ODBYWANIE STAŻU ZAWODOWEGO 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** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |

1. Jestem świadomy, iż wypłata dodatku do wynagrodzenia opiekuna stażysty wynika ze zwiększonego zakresu zadań (opieka nad stażystą/grupą stażystów).
2. Oświadczam, że osoby oddelegowane do opieki nad stażystą wykonują dodatkowe zadania niewynikające z umowy o pracę.
3. 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, wobec których tę usługę świadczy.
4. Oświadczam, iż osoba oddelegowana do opieki nad stażystą posiada predyspozycje do objęcia roli opiekuna i dostateczną wiedzę merytoryczną na temat organizacji i jest osobą posiadającą co najmniej dwunastomiesięczne doświadczenie w branży/dziedzinie, w jakiej realizowany jest staż.
5. Oświadczam, iż zapoznałem się ze stawkami możliwymi do refundacji.
6. Oświadczam, że wnioskowana kwota refundacji nie zawiera zysku i nie stanowi dla mnie korzyści.
7. Oświadczam, że wynagrodzenie opiekuna wraz ze składkami ZUS oraz podatkiem dochodowym zostały zapłacone (jeśli dotyczy).
8. Oświadczam, że od wynagrodzenia za pełnienie funkcji opiekuna stażysty podatek dochodowy od osób fizycznych będę płacił we własnym zakresie zgodnie zobowiązującą mnie formą opodatkowania (jeśli dotyczy).
9. Świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, iż informacje zawarte we wniosku oraz załączonych dokumentach są zgodne ze stanem faktycznym.
10. Wiarygodność informacji podanych we wniosku potwierdzam własnoręcznym podpisem.

………………………………………………………

data i podpis Podmiotu przyjmującego na staż

Załączniki:

* W przypadku pracownika oddelegowanego do opieki nad stażystą:

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).

|  |  |
| --- | --- |
| **Wypełnia personel projektu** | |
| **Przyznaję refundację w kwocie** |  |
| **Uwagi** |  |
| **Podpis personelu projektu** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **WYPEŁNIA PRACOWNIK BIURA PROJEKTOWEGO** | | |
| 1. | liczba dni roboczych w tym okresie |  |
| 2. | liczba dni na zwolnieniu lekarskim stażysty |  |
| 3. | liczba dni urlopowych stażysty |  |
| 4. | liczba dni nieusprawiedliwionej nieobecności |  |
| 5. | liczba dni roboczych, za które przysługuje refundacja |  |
| **KWOTA REFUNDACJI** | |  |

Refundacja zostaje/nie zostaje przyznana[[3]](#footnote-3):

……………………………………………………………

1. Koszty ponoszone przez Podmiot przyjmujący na staż stanowią wydatek nie podlegający refundacji [↑](#footnote-ref-1)
2. Łączna kwota po odjęciu kosztów pracodawcy, w wysokości nie większej niż 500 zł brutto miesięcznie za opiekę nad pierwszym stażystą i nie więcej niż 250 zł brutto miesięcznie za każdego kolejnego [↑](#footnote-ref-2)
3. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-3)