**Załącznik nr 8 do Regulaminu wyboru i odbywania staży**

**WNIOSEK O REFUNDACJĘ WYNAGRODZENIA OPIEKUNA STAŻYSTY**  
umowa o zorganizowanie stażu nr \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa Pracodawcy** | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| **Imię i nazwisko Opiekuna stażu** | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| **Imię i nazwisko Stażysty/tki** | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| **Okres za jaki Pracodawca 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 refundacja dodatku do wynagrodzenia Opiekuna stażysty lub refundacja części dotychczasowego wynagrodzenia opiekuna stażysty wynika ze zwiększonego zakresu zadań (opieka nad stażystą/grupą stażystów).

1. Oświadczam, że osoba oddelegowana do opieki nad Stażystą/tką wykonuje dodatkowe zadania niewynikające z umowy o pracę.
2. Oświadczam, że wnioskowana kwota refundacji nie zawiera zysku i nie stanowi dla mnie korzyści.
3. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, iż refundacja ww. kosztów jest współfinansowana w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Małopolski 2021-2027 z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.
4. Świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, iż informacje zawarte we wniosku oraz załączonych dokumentach są zgodne ze stanem faktycznym.

………………….…………………………………………  
data i podpis Pracodawcy  
  
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 mogę być widoczne wyłącznie dane i informacje dotyczące Opiekuna stażu.

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

1. Koszty ponoszone przez pracodawcę nie podlegają refundacji [↑](#footnote-ref-1)
2. Łączna kwota po odjęciu kosztów pracodawcy, w wysokości nie większej niż 250 zł brutto miesięcznie za opiekę nad Stażystą/grupą stażystów [↑](#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/tki na stażu refundacja za te dni nie przysługuje. [↑](#footnote-ref-3)