Załącznik nr 5 a) do Umowy trójstronnej w sprawie odbywania stażu w ramach Projektu: „Zmiana kwalifikacji nowym życiowym celem 2”

……………………………………..

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)

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

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

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

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, że zapoznałem się ze stawkami możliwymi do refundacji.

4. 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.

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

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

7. Wiarygodność Informacji podanych we wniosku potwierdzam własnoręcznym podpisem.

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

Miejscowość, data Czytelny podpis osoby upoważnionej
 do reprezentowania firmy

**ZESTAWIENIE KOSZTOWE DOTYCZĄCE WYNAGRODZENIA OPIEKUNA STAŻU**



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

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

NIP …………………………

**Odbiorca:**

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

Razem: **……………………..**

Słownie: **……………………**

**NR KONTA:**

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

………………………………………………….

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