……………………………… , ……………..…

miejscowość, data

………………………………………….……………………..

*pieczątka pracodawcy*

………………………………………….……………………..

n*azwa pracodawcy*

………………………………………….……………………..

*adres siedziby pracodawcy*

………………………………………….……………………..

*NIP pracodawcy*

**WNIOSEK nr** ……………………

**O REFUNDACJĘ PRACODAWCY DODATKU DO WYNAGRODZENIA OPIEKUNA STAŻYSTY**

**w związku z realizacją staży w ramach projektu**

**„Akcja?Aktywizacja!”**

Pracodawcy przysługuje refundacja dodatku do wynagrodzenia wypłaconego opiekunowi stażysty w wysokości nieprzekraczającej 130 zł brutto miesięcznie za opiekę nad pierwszym stażystą i nie więcej niż 130 zł brutto miesięcznie za każdego kolejnego stażystę oraz refundacja opłaconych składek pracodawcy od kwoty dodatku. (przy czym opiekun może otrzymać dodatek za opiekę nad maksymalnie 2 stażystów). Pracodawca może wnioskować o refundację wypłaconego dodatku co miesiąc lub po zakończeniu stażu.

Stosownie do postanowień *umowy trójstronnej* o *staż zawodowy nr ………………………..   
z dnia …………………..* składam wniosek o refundację poniesionych kosztów dodatku do wynagrodzenia opiekuna stażysty Pana/Pani ……………………………………………………………..…………..............................,   
dla uczestnika projektu Pana/Pani ………………….............................…………………………………………………….. .

**WNIOSKOWANA KWOTA: ………………………. słownie: ……………………………………..…………..…………..…..**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Termin odbywania stażu | Kwota dodatku netto wypłacona opiekunowi | Kwota dodatku brutto | Składki pracodawcy[[1]](#footnote-2)  od kwoty dodatku | Łączna kwota do refundacji  (4+5) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| **Razem do refundacji** | | | | |  |

Kwotę refundacji proszę przekazać na rachunek bankowy nr

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

Oświadczam, że osoba oddelegowana do opieki nad stażystą wykonuje dodatkowe zadania niewynikające z umowy o pracę.

Oświadczam, że dodatek do wynagrodzenia wynika ze zwiększonego zakresu zadań (opieka nad stażystą).

Oświadczam, że wszystkie składniki dodatku do wynagrodzenia wraz pochodnymi pracodawcy zostały zapłacone.

Świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, iż informacje zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.........................................................................................

pieczęć i podpis pracodawcy

Oświadczam, iż otrzymałem/am dodatek do wynagrodzenia za sprawowanie opieki nad stażystą w wysokości ………………………………netto za okres od ………………………….. do ……………………………. .

.........................................................................................

podpis opiekuna stażysty

1. Składki pracodawcy obejmują składki na ubezpieczenia społeczne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, stanowiące koszt pracodawcy, w wysokości wynikającej wyłącznie z przyznanego dodatku. [↑](#footnote-ref-2)