**Załącznik nr 1 do umowy w sprawie opieki nad Stażystą/Stażystką**

**OŚWIADCZENIE O REFUNDACJI CZĘŚCI WYNAGRODZENIA/DODATKU DO WYNAGRODZENIA**

Projekt **„Ponowny Start II”** współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020, Oś priorytetowa VII Regionalny rynek pracy, Działanie 7.1 Poprawa sytuacji osób bezrobotnych na rynku pracy – projekty konkursowe.

Wsparcie udzielane z Europejskiego Funduszu Społecznego

Oświadczam, że w miesiącu …………………….. 20………. roku za okres odbywania stażu przez Pana/Panią (wpisać imię i nazwisko stażysty/stażystki): .…………………………………………………........................................................, zostało wypłacone wynagrodzenie/dodatek do wynagrodzenia Opiekuna stażu\* w wysokości nie przekraczającej …………….. zł brutto za miesiąc opieki nad stażystą/stażystką, wynikające ze zwiększonego zakresu zadań (opieka nad stażystą/stażystką) dla następujących osób, pełniących w projekcie **„Ponowny Start II”** funkcję Opiekuna stażu:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Imię i nazwisko** | **dodatek za opiekę nad stażystą** | | **całkowite wynagrodzenie** | | **wysokość dodatku do rozliczenia** |
| **wysokość dodatku brutto (A)** | **składki finansowane przez pracodawcę (B)** | **wynagrodzenie zasadnicze wraz ze wszystkimi składnikami wynagrodzenia brutto (A)** | **składki finansowane przez pracodawcę od wynagrodzenia z rubryki 5 (B)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7=3+4** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** | | | | | |  |

(A) nie należy uwzględniać kwot wypłaconych zasiłków chorobowych oraz opieki, ponieważ finansowane są one z funduszu ubezpieczeń społecznych.

(B) wyłącznie składki na ubezpieczenie społeczne (emerytalna + rentowa + wypadkowa).

Jednocześnie oświadczam, że od w/w osób wynagrodzenie wypłacono w dniu …………………………., składki na ubezpieczenie społeczne odprowadzono w dniu………………..…………., podatek dochodowy odprowadzono w dniu ………………….…………..

Oświadczam, że wnioskowana kwota refundacji nie zawiera zysku i nie stanowi dla mnie korzyści.

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, iż informacje zawarte w niniejszym oświadczeniu są zgodne z prawdą i ze stanem faktycznym.

Sporządził……………………………….. Zatwierdził:……………………………………. …………………………………….

data i podpis podpis, pieczątka pieczęć firmowa Przyjmującego na staż

\*Niepotrzebne skreślić.

**Załącznik nr 2 do umowy w sprawie opieki nad Stażystą/Stażystką**

**OŚWIADCZENIE O REFUNDACJI DODATKU DO WYNAGRODZENIA DLA WŁAŚCICIELA FIRMY**

**WERSJA II – dla Właściciela firmy, który wskaże siebie jako Opiekuna stażu**

Projekt **„Ponowny Start II”** współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020, Oś priorytetowa VII Regionalny rynek pracy, Działanie 7.1 Poprawa sytuacji osób bezrobotnych na rynku pracy – projekty konkursowe

Wsparcie udzielane z Europejskiego Funduszu Społecznego

Oświadczam, że w związku z pełnieniem funkcji Opiekuna stażu nad Panem/Panią (wpisać imię i nazwisko stażysty/stażystki): .…………………………………………………................................................................................................................................................ na sprawowanie opieki nad w/w stażystą/stażystką przeznaczyłem/am ………………… godzin (należy wskazać liczbę godzin jaką Właściciel-Opiekun stażu poświęcił na sprawowanie opieki nad stażystą/stażystką).

W okresie od ………….…… do ………..….. (należy wskazać okres za jaki przysługuje dodatek za pełnienie funkcji Opiekuna stażu).

**ZESTAWIENIE KOSZTÓW ZWIĄZANYCH Z REFUNDACJĄ DODATKU ZA PEŁNIENIE FUNKCJI OPIEKUNA STAŻYSTY**

Wysokość wynagrodzenia nalicza się proporcjonalnie do liczby godzin zrealizowanych przez stażystę/stażystkę.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Okres za jaki przysługuje dodatek za pełnienie funkcji Opiekuna stażu (podać miesiąc i rok)** | **Maksymalna wysokość dodatku brutto wraz z kosztami Przyjmującego na staż** | **Liczba godzin pracy w miesiącu, za który przysługuje dodatek** | **Liczba godzin jaką Właściciel-Opiekun stażu poświęcił na sprawowanie opieki nad stażystą/stażystką w miesiącu – zgodnie z Oświadczeniem Przyjmującego na staż** | **Podstawa wyliczenia dodatku\*** | **Wysokość Dodatku do refundacji** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5=(2/3)\*4** | **6** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

\* Podstawa wyliczenia dodatku (kolumna 2 : kolumna 3) x kolumna 4

Oświadczam, że wnioskowana kwota refundacji nie zawiera zysku i nie stanowi dla mnie korzyści.

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, iż informacje zawarte w niniejszym oświadczeniu są zgodne z prawdą i ze stanem faktycznym.

Sporządził……………………………….. Zatwierdził:……………………………………. …………………………………….

data i podpis podpis, pieczątka pieczęć firmowa Przyjmującego na staż

**Załącznik nr 3 do umowy w sprawie opieki nad Stażystą/Stażystką**

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

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

NIP …………………………

**Odbiorca:**

BD Center Sp. z o. o.

Ul. Broniewskiego 1,   
35-222 Rzeszów

NIP 5170358878

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

Razem: **……………………..**

Słownie: **……………………**

**NR KONTA:**

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

………………………………………………….

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