***Załącznik nr 4 do Umowy Stażowej***

……………………………………..

Pieczątka zakładu pracy

**WNIOSEK O REFUNDACJĘ PODMIOTOWI PRZYJMUJĄCEMU NA STAŻ DODATKU DLA OPIEKUNA STAŻYSTY/TKI –JEDNOOSOBOWA DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZA**

Wniosek dotyczy umowy nr RARR/CSW-CRW/…………/2017

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 „Bierny dziś – aktywny jutro”)

Na podstawie umowy nr RARR/CSW-CRW/…………/2017

Na sprawowanie opieki nad ww. stażystą/stażystką przeznaczyłem …………. godzin

(należy wskazać liczbę godzin jaką właściciel jednoosobowej działalności gospodarczej poświęcił na sprawowanie opieki nad stażystą )

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

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

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

Miejscowość, data Czytelny podpis osoby upoważnionej
 do reprezentowania firmy

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

Maksymalna wysokość dodatku, pomniejszona proporcjonalnie do liczby godzin, które właściciel jednoosobowej działalności gospodarczej przeznaczył na sprawowanie opieki nad stażystą nie może przekroczyć kwoty 200,00 zł brutto. Wysokość wynagrodzenia nalicza się proporcjonalnie do liczby godzin stażu zrealizowanych przez stażystów.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Okres za jaki przysługuje dodatek za pełnienie funkcji opiekuna stażysty(podać miesiąc i rok) | Maksymalna wysokość dodatku200,00 zł brutto wraz z kosztami pracodawcy | Liczba godzin pracyw miesiącu za, który przysługuje dodatekNp.:Październik – 176hListopad – 160 h | Liczba godzin, które właściciel jednoosobowej działalności gospodarczej przeznaczył na sprawowanie opieki nad stażystąw miesiącu – zgodniez oświadczeniem przedsiębiorcy | Podstawa wyliczenia dodatku(kolumna 2 : kolumna 3) x kolumna 4 | WysokośćDodatku do refundacjiMax 200,00 zł brutto wraz z kosztami pracodawcy |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Wysokość dodatku (kolumna 2 : kolumna 3) x kolumna 4

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

(miejscowość) (data) (pieczęć i czytelny podpis
 osoby upoważnionej)

|  |  |
| --- | --- |
| **NOTA KSIĘGOWA** | **NR …………….................** |
| Data wystawienia: ………………………… | Termin płatności: 10 dni |
| Metoda płatności: przelew | ORYGINAŁ |

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

NIP …………………………

**Odbiorca:**

Rzeszowska Agencja Rozwoju Regionalnego S.A.

Ul. Szopena 51,
35-959 Rzeszów

NIP 8130010538

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.P. | Obciążyliśmy | Waluta | Treść | Uznaliśmy | Waluta |
| 1. |  | PLN | Sprawowanie opieki nad stażystą w ramach projektu ”Bierny dziś – aktywny jutro” w okresie ……………………... |  | PLN |

Razem: **……………………..**

Słownie: **……………………**

**NR KONTA:**

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

………………………………………………….

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