***Załącznik nr 3 do Umowy Stażowej***

**……………………………………..**

Pieczątka zakładu pracy

**WNIOSEK O REFUNDACJĘ PODMIOTOWI PRZYJMUJĄCEMU NA STAŻ**

**DODATKU DO WYNAGRODZENIA OPIEKUNA STAŻYSTY/TKI**

Wniosek dotyczy umowy numer RARR/CSW-CRW/…………../2017

Zawartej w dniu……………………..

Dodatek do wynagrodzenia brutto opiekuna stażysty refundowane dla pracodawcy w kwocie:

………………………………………… zł brutto wraz z kosztami pracodawcy.

(kol. 11 z Zestawienia wydatków związanych z refundacją dodatku do wynagrodzenia opiekuna stażysty)

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

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

Środki finansowe proszę przekazać na konto nr:

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

w terminie do 10 każdego miesiąca

Oświadczam, że wszystkie składniki wynagrodzenia opiekuna stażysty oraz podatek dochodowy zostały poniesione.

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

 Miejscowość, data Czytelny podpis osoby upoważnionej

 do reprezentowania firmy

**Załączniki:**

1. **Zestawienie wydatków związanych z refundacją dodatku do wynagrodzenia opiekuna stażysty**
2. **Kopia listy płac z pokwitowaniem odbioru wynagrodzenia przez pracownika**
3. **Lista obecności opiekuna stażysty**
4. **ZESTAWIENIE WYDATKÓW ZWIĄZANYCH Z REFUNDACJĄ DODATKU DO WYNAGRODZENIA OPIEKUNA STAŻYSTY**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa Instytucji |  |
| Zwrot wydatków na refundację dodatku do wynagrodzenia opiekuna stażysty w okresie od …………………………. do …………………………………..(należy wskazać okres za jaki przysługuje dodatek za pełnienie funkcji opiekuna stażysty) | z dnia……………………………………………….. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwisko i imię opiekuna stażysty | Stawka miesięczna brutto | Kwota wynagrodzenia zasadniczego | Kwota wypłaconych wynagrodzeń osobowych brutto w m-cu | Wynagrodzenia chorobowe wypłacone za dany miesiąc | SKŁADKI ZUS | Składka na ubezpieczenie zdrowotne | Zaliczka na podatek dochodowy | Podstawa do refundacji | Kwota dodatku do refundacji (kol 10 x 10%) max. 200 zł. |
| kwota zasadniczego wynagrodzenia powiększona o składki ZUS płatnika (kol.3 +kol.6) |
| Płatnik | Ubezpieczony |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Oświadczam, że wydatki wykazane w tabeli są zgodne z deklaracją ZUS DRA, listą płac i wysokością zaliczek na podatek dochodowy oraz zostały wypłacone.

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

 (miejscowość) (data) (pieczęć i czytelny podpis osoby upoważnionej do reprezentowania firmy)