Zasady wypłaty stypendium szkoleniowego w projekcie pn. „Skorzystaj z szansy - powrót do aktywności” FESL.07.02-IZ.01-066A/23

realizowanym w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021-2027 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.

1. Wszystkim Uczestnikom i Uczestniczkom Projektu, którzy/re spełniają wymogi formalne przysługuje stypendium szkoleniowe za udział w szkoleniach zawodowych, wypłacane przez jednego z Realizatorów:
    - Fundację Wspierania Zrównoważonego Rozwoju,
    - NTE – New Training Era Beata Kuchalska.
2. W celu otrzymania stypendium niezbędne jest dostarczenie wypełnionego załącznika nr 1 – „Oświadczenie Uczestnika pobierającego stypendium”.
3. Oświadczenie Uczestnika pobierającego stypendium powinno zawierać dane o stanie faktycznym, w przypadku zmian tych danych Uczestnik/Uczestniczka jest zobowiązany/a niezwłocznie przesłać informację aktualizującą.
4. Maksymalna wysokość stypendium wynosi za cały kurs (96 h):
    - 1 276,42 zł dla szkoleń zakończonych do 31.05.2025,
    - 1 322,43 zł dla szkoleń zakończonych po 01.06.2025.
5. Powyższa kwota może ulec zmianie tylko w przypadku zmiany wysokości stawki na ubezpieczenia społeczne.
6. **Stypendium szkoleniowe przysługuje tylko za czas trwania zajęć, podczas których Uczestnik/Uczestniczka Projektu był/a obecny/a**. Podstawą do wypłaty stypendium szkoleniowego są listy obecności na poszczególnych zajęciach.
7. W przypadku nieobecności stypendium będzie proporcjonalnie pomniejszone.
8. Warunkiem otrzymania stypendium jest frekwencja nie mniejsza niż 80% czasu trwania szkolenia tj. 10 dni (80 h).
9. Stypendium szkoleniowe wypłacane jest po zakończeniu szkolenia i przystąpieniu do egzaminów końcowych.
10. Wypłata stypendium zostanie wstrzymana w przypadku niestawienia się na egzamin kończący szkolenie.
11. Uczestnicy/Uczestniczki Projektu z tytułu pobierania stypendium szkoleniowego podlegają ubezpieczeniom: emerytalnemu, rentowemu i wypadkowemu. W związku z powyższym realizator, w przypadku gdy będzie to wymagane zgłosi Uczestnika/Uczestniczkę do ubezpieczenia i będzie odprowadzał za niego należne składki na podstawie wypełnionego przez Uczestnika/Uczestniczkę Projektu załącznika nr 1.

12. Stypendium szkoleniowe za udział w szkoleniu zawodowym zostanie wypłacone w terminie do 15 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym zakończy się realizacja szkolenia zawodowego – pod warunkiem otrzymania i zweryfikowania listy obecności od realizatora szkolenia.
13. Wypłata zostanie przekazana na wskazany w oświadczeniu przez Uczestnika/Uczestniczkę Projektu rachunek bankowy. Realizator nie dopuszcza innej możliwości przekazania wypłat stypendium.
14. Z uwagi na fakt, iż projekt finansowany jest ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus transzami wypłacanymi przez Instytucję Zarządzającą, incydentalnie mogą wystąpić sytuacje późniejszej wypłaty stypendiów, spowodowane wyczerpaniem środków finansowych na koncie projektowym. W powyższej sytuacji, wypłaty stypendiów zostaną uregulowane niezwłocznie po otrzymaniu środków od instytucji nadrzędnej.
15. Uczestnikowi/Uczestniczce Projektu nie przysługują żadne roszczenia związane z opóźnieniem wypłaty stypendium, które wynikają z opóźnień w przekazywaniu na rachunek realizatora środków na realizację projektu „Skorzystaj z szansy - powrót do aktywności”.

Oświadczenie Uczestnika(-czki) Projektu pobierającego(-ej) stypendium

Prosimy o czytelne wypełnienie oświadczenia

Nazwisko: ..... Imię: .....

Data urodzenia: ..... Miejsce urodzenia: .....

PESEL: ..... Obywatelstwo: .....

Miejsce zameldowania:

Województwo: .....Powiat: .....

Gmina / Dzielnica: ..... Miejscowość: .....

Ulica: ..... Nr domu: ..... Nr mieszkania: .....

Kod pocztowy: ..... Poczta: .....

Miejsce zamieszkania (jeżeli inne niż adres zameldowania):

Województwo: .....Powiat: .....

Gmina / Dzielnica: ..... Miejscowość: .....

Ulica: ..... Nr domu: ..... Nr mieszkania: .....

Kod pocztowy: ..... Poczta: .....

Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia: .....

Imię i nazwisko właściciela rachunku bankowego:.....

Nazwa banku:.....

Numer rachunku bankowego:

☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐

Oświadczenie o ubezpieczeniu społecznym

*W każdej rubryce zaznacz **TAK** albo **NIE**.* W przypadku wpisania **TAK** należy uzupełnić wymagane informacje.

Niniejszym oświadczam, że:

1. Jestem zarejestrowany(-na) w Powiatowy Urzędzie Pracy	☐ TAK ☐ NIE	Nazwa Urzędu Pracy: .....
2. Posiadam prawo do zasiłku dla osób bezrobotnych	☐ TAK ☐ NIE	Zasiłek od dnia: .....do dnia: .....
3. Jestem emerytem	☐ TAK ☐ NIE	Nr decyzji/Nr świadczenia: .... **Proszę dołączyć kopię decyzji przyznającej emeryturę/rentę (z uwzględnieniem dat).**
4. Jestem rencistą i pobieram:		
a) rentę z tytułu niezdolności do pracy	☐ TAK ☐ NIE	
b) rentę rodzinną	☐ TAK ☐ NIE	
c) rentę socjalną	☐ TAK ☐ NIE	
5. Jestem osobą z niepełnosprawnością	☐ TAK ☐ NIE	Stopień: ☐ lekki ☐ umiarkowany ☐ znaczny **Proszę dołączyć kopię decyzji orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (z uwzględnieniem dat).**
6. Pobieram zasiłek stały z Ośrodka Pomocy Społecznej	☐ TAK ☐ NIE	Nr świadczenia: ..... **Proszę dołączyć kopię decyzji przyznającej zasiłek (z uwzględnieniem dat)**
7. Jestem zatrudniony(-na) w innym zakładzie pracy na umowę o pracę/umowę cywilnoprawną/inną umowę	☐ TAK ☐ NIE	Rodzaj umowy: Okres obowiązywania umowy: Nazwa zakładu pracy: NIP zakładu pracy: **Proszę dołączyć zaświadczenie z zakładu pracy.**

8. W ramach zatrudnienia przebywam na urlopie wychowawczym lub bezpłatnym	☐ TAK ☐ NIE	W okresie: od ..... do .....
9. Jestem uczniem szkoły ponadpodstawowej/studentem i nie ukończyłem(-łam) 26 lat, za wyjątkiem nauki w szkole dla dorosłych lub w szkole wyższej, gdzie studiuję w formie studiów niestacjonarnych.	☐ TAK ☐ NIE	**Proszę dołączyć kopię legitymacji uczniowskiej/ studenckiej.** Jednocześnie zobowiązuję się dostarczyć co 6 miesięcy kopię aktualnej legitymacji uczniowskiej/ studenckiej.

10. Jestem zgłoszony(-na) do ubezpieczeń społecznych w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS).	☐ TAK ☐ NIE
11. Prowadzę działalność gospodarczą lub złożyłem(-am) wniosek o wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEiDG)	☐ TAK ☐ NIE
12. Zgadzam się, że w przypadku konieczności objęcia mnie ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym Organizator projektu pn. "Skorzystaj z szansy - powrót do aktywności" **będzie dokonywał z tego tytułu płatności w moim imieniu.**	☐ TAK ☐ NIE

1. Podane dane są zgodne ze stanem faktycznym. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego za składanie fałszywych zeznań (podanie nieprawdziwych informacji).
2. O wszystkich zmianach dotyczących informacji objętych niniejszym kwestionariuszem osobowym, w szczególności o zmianie okoliczności mających wpływ na obowiązek odprowadzania składek z tytułu ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych, zobowiązuję się pisemnie powiadomić Organizatora projektu, w terminie 3 dni od dnia zaistnienia takiej zmiany.
3. Jestem świadomy/a odpowiedzialności określonej art. 98 Ustawy z dn. 13 października 1998 o systemie ubezpieczeń społecznych z późniejszymi zmianami za brak terminowego powiadomienia Organizatora projektu o wszelkich zmianach uniemożliwiających prawidłowe zgłoszenie do ZUS.

....

data podpis Uczestnika(-czki) Projektu