



**REGULAMIN PRYZNAWANIA I WYPŁACANIA STYPENDIÓW SZKOLENIOWYCH I STAŻOWYCH  
w ramach Projektu  
„Pracownicy 30+. Program aktywizacji zawodowej mieszkańców obszaru metropolitalnego I”**

**§ 1.**

1. Niniejszy Regulamin określa zasady przyznawania i wypłacania stypendium szkoleniowego i stażowego w ramach Projektu „Pracownicy 30+. Program aktywizacji zawodowej mieszkańców obszaru metropolitalnego I” numer RPPM.05.02.01-22-0010/17 realizowanym w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego 2014-2020, Oś Priorytetowa 5 – Zatrudnienie, Działanie 5.2. Aktywizacja zawodowa osób pozostających bez pracy, Poddziałanie 5.2.1 Aktywizacja zawodowa osób pozostających bez pracy – mechanizm ZIT.
2. Stypendia są finansowane ze środków projektu „Pracownicy 30+. Program aktywizacji zawodowej mieszkańców obszaru metropolitalnego I”, współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.
3. Projektodawcą projektu „Pracownicy 30+. Program aktywizacji zawodowej mieszkańców obszaru metropolitalnego I” jest Gmina Miasta Gdańska w partnerstwie z Gminą Pruszcz Gdański będącą Partnerem Projektu.
4. Podmiotem Realizującym projekt z ramienia Gminy Miasta Gdańska jest Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego Nr 1 w Gdańsku, Al. Gen. Józefa Hallera 16/18, 80-426 Gdańsk.
5. Za wypłatę stypendiów odpowiedzialny jest Podmiot Realizujący Projekt - Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego Nr 1 w Gdańsku.

**§ 2.**

1. **Stypendium szkoleniowe** przysługuje wszystkim Uczestnikom/czkom projektu, którzy/re biorą udział w szkoleniach prowadzących do nabycia kwalifikacji zawodowych lub kompetencji / umiejętności zawodowych i spełnią wymogi formalne zawarte w niniejszym Regulaminie.
2. Stypendium szkoleniowe miesięcznie wynosi 120% zasiłku, o którym mowa w art. 72 ust. 1 pkt 1 ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, jeżeli miesięczna liczba godzin szkolenia wynosi nie mniej niż 150 godzin miesięcznie – w przypadku niższego miesięcznego wymiaru godzin, wysokość stypendium ustala się proporcjonalnie .
3. Kwotę stypendium wypłacanego osobie odbywającej szkolenie, należy rozumieć jako:
  - a) nie pomniejszoną o zaliczkę na podatek dochodowy od osób fizycznych, z uwagi na objęcie kwoty stypendium zwolnieniem (art. 21 ust. 1 pkt. 136 i 137 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych - Dz.U. z 2012 r. poz. 361, z późn. zm.);
  - b) nie pomniejszoną o składkę na ubezpieczenie zdrowotne (art. 83 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.). Z uwagi na fakt niepobierania zaliczek na podatek dochodowy od świadczeń wypłacanych uczestnikom projektu istnieje podstawa do naliczania składki zdrowotnej, przy czym sama składka zdrowotna będzie wynosiła 0,00 zł.
  - c) nie pomniejszoną o składki społeczne (art. 16 ust. 9 ustawy z dnia 13 października 1998 r., o systemie ubezpieczeń społecznych - Dz.U. z 2016 r. poz. 963, z późn. zm.).
4. Podstawą zgłoszenia Uczestnika/czki Projektu do ubezpieczeń oraz naliczenia i odprowadzenia składek do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych jest wypełnione przez Uczestnik/czkę Projektu „Oświadczenie osoby pobierającej stypendium” stanowiące Załącznik 1 oraz „Oświadczenie Uczestnika Projektu” stanowiące Załącznik 3 do Regulaminu. Uczestnik/czka Projektu ma możliwość zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego członka rodziny poprzez złożenie „Wniosku o zgłoszenie członka rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego” (załącznik nr 2 do regulaminu).
5. Osoby, które są zarejestrowane w Urzędzie Pracy:



- a) niepobierające zasiłku dla bezrobotnych, aby pobierać stypendium szkoleniowe muszą poinformować Urząd Pracy o fakcie uczestnictwa w szkoleniu w terminie 7 dni przed rozpoczęciem szkolenia. Osoby takie są zobowiązane do wyrejestrowania się z Urzędu Pracy a po wypełnieniu „Oświadczenia Uczestnika Projektu” zostaną zgłoszone do ubezpieczenia przez Podmiot realizujący projekt od pierwszego dnia szkolenia i odprowadzane będą od nich składki na ubezpieczenia społeczne (o ile odrębne przepisy Urzędu Pracy nie stanowią inaczej).
  - b) pobierające zasiłek dla bezrobotnych, aby pobierać stypendium szkoleniowe muszą poinformować Urząd Pracy o fakcie uczestnictwa w szkoleniu w terminie 7 dni przed rozpoczęciem szkolenia. Osoby takie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia społecznego tylko z tytułu pobierania zasiłku dla bezrobotnych, mogą pobierać zasiłek i stypendium szkoleniowe równocześnie w przypadku gdy łączna kwota stypendium szkoleniowego wypłacana dla Uczestnika/czka projektu nie przekroczy miesięcznie połowy minimalnego wynagrodzenia za pracę. Osoby te nie są zobowiązane do wyrejestrowania się z Urzędu Pracy na czas pobierania zasiłku (o ile odrębne przepisy Urzędu Pracy nie stanowią inaczej).
6. Uczestnik/czka Projektu któremu/ej w trakcie uczestnictwa w szkoleniu zmieni się status osoby zarejestrowanej jako bezrobotny/a np. zakończy się pobieranie zasiłku, zobowiązany/a jest wyrejestrować się z Urzędu Pracy, wypełnić „Oświadczenie osoby pobierającej stypendium” i niezwłocznie, nie później jednak niż w ciągu 2 dni, przestać informację do Podmiotu realizującego projekt aby zostać zgłoszonym do ubezpieczenia.
  7. W przypadku usprawiedliwionej nieobecności na szkoleniu Uczestnikowi/czce przysługuje wynagrodzenie za czas udokumentowanej niezdolności do pracy w okresie odbywania szkolenia wypłacane na zasadach określonych w Kodeksie pracy (Dz.U. z 2016 r. poz. 1666, z późn. zm.)
  8. Wypłata stypendium szkoleniowego dokonywana będzie przelewem na podane przez Uczestnika/czkę konto bankowe w terminie do 15 dni od zakończenia szkolenia i wplynięcia na konto Podmiotu Realizującego Projekt środków na pokrycie wydatków związanych z realizacją projektu. Stypendium szkoleniowe wypłacane będzie na podstawie listy obecności na szkoleniu .
  9. Uczestnikom/czkom Projektu nie przysługują żadne roszczenia związane z opóźnieniem wypłaty stypendium szkoleniowego, które wynikają z opóźnień w przekazywaniu przez Instytucję Pośredniczącą środków na realizację projektu.

### §3.

1. **Stypendium stażowe** przysługuje wszystkim Uczestnikom/czkom projektu, którzy/re biorą udział w stażu i spełnią wymogi formalne zawarte w niniejszym Regulaminie.
2. Stypendium stażowe miesięcznie wynosi 120% zasiłku, o którym mowa w art. 72 ust. 1 pkt 1 ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, jeżeli miesięczna liczba godzin stażu wynosi nie mniej niż 160 godzin miesięcznie.
3. W przypadku osób z niepełnosprawnością zaliczonych do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności miesięczne stypendium przysługuje pod warunkiem, że miesięczna liczba godzin stażu wynosi nie mniej niż 140 godzin miesięcznie.
4. Kwotę stypendium wypłacanego osobie odbywającej staż, należy rozumieć jako:
  - d) nie pomniejszoną o zaliczkę na podatek dochodowy od osób fizycznych, z uwagi na objęcie kwoty stypendium zwolnieniem (art. 21 ust. 1 pkt. 136 i 137 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych - Dz.U. z 2012 r. poz. 361, z późn. zm.);
  - e) nie pomniejszoną o składkę na ubezpieczenie zdrowotne (art. 83 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.). Z uwagi na fakt niepobierania zaliczek na podatek dochodowy od świadczeń wypłacanych uczestnikom projektu istnieje podstawa do naliczania składki zdrowotnej, przy czym sama składka zdrowotna będzie wynosiła 0,00 zł. Składka w wysokości 0,00 zł będzie ujęta w deklaracji DRA;



- f) nie pomniejszoną o składki społeczne (art. 16 ust. 9 ustawy z dnia 13 października 1998 r., o systemie ubezpieczeń społecznych - Dz.U. z 2016 r. poz. 963, z późn. zm.).
5. Zgłoszenie Uczestnika/czki Projektu do ubezpieczenia i odprowadzenie należnych za niego/nią składek będzie na podstawie wypełnionego przez Uczestnika/czkę Projektu „Oświadczenia Uczestnika Projektu” stanowiące Załącznik 1 do Regulaminu. Uczestnik/czka Projektu ma możliwość zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego członka rodziny (małżonka lub dziecko) poprzez złożenie „Wniosku o zgłoszenie członka rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego” (załącznik nr 2 do regulaminu).
  6. W przypadku usprawiedliwionej nieobecności na stażu uczestnikowi/czce przysługuje wynagrodzenie za czas udokumentowanej niezdolności do pracy w okresie odbywania stażu wypłacane na zasadach określonych w Kodeksie pracy (Dz.U. z 2016 r. poz. 1666).
  7. Stypendium stażowe przysługuje za dni obecności na stażu oraz dni wolne przysługujące stażyście (2 dni za każde 30 dni kalendarzowych odbytego stażu, które są udzielane na pisemny wniosek stażysty). W przypadku niewykorzystania przysługujących dni wolnych, odbywającemu staż nie przysługuje ekwiwalent z tego tytułu. Dni wolne z tytułu urlopu okolicznościowego nie przysługują.
  8. Wypłata stypendium następuje wyłącznie na rachunek bankowy uczestnika/czki projektu z dołu za okresy miesięczne, nie później niż w ciągu 15 dni od dnia upływu okresu, za który świadczenie jest wypłacane na podstawie prawidłowo wypełnionej i zatwierdzonej przez Podmiot Realizujący Projekt Miesięcznej listy obecności na stażu.
  9. Uczestnikom/czkom Projektu nie przysługują żadne roszczenia związane z opóźnieniem wypłaty stypendium stażowego, które wynikają z opóźnień w przekazywaniu przez Instytucję Pośredniczącą środków na realizację projektu.

#### §4.

1. Regulamin obowiązuje z dniem jego zatwierdzenia.
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszym Regulaminem decyzje podejmuje Podmiot Realizujący.
3. Podmiot Realizujący zastrzega sobie możliwość wprowadzania zmian w Regulaminie. Wszelkie zmiany w Regulaminie wprowadzane będą w formie pisemnej oraz publikowane na stronie internetowej projektu [www.ckziu1.gda.pl/projekty/30plus](http://www.ckziu1.gda.pl/projekty/30plus)

Załącznik nr 1: Oświadczenie od osoby pobierającej stypendium

Załącznik nr 2: Wniosek o zgłoszenie członka rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego

Załącznik nr 3: Oświadczenie Uczestnika Projektu

Załącznik nr 1

**OŚWIADCZENIE OSOBY POBIERAJĄCEJ STYPENDIUM**

Nazwisko..... Imiona .....

Imię ojca ..... Imię matki .....

Data urodzenia ..... Miejsce urodzenia ..... PESEL .....

NIP ..... Dowód osobisty ..... wydany przez .....

Gmina/dzielnica..... Powiat ..... Województwo.....

Kod..... Poczta ..... Miejscowość.....

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

Adres e-mail..... Telefon .....

Urząd Skarbowy..... Narodowy Fundusz Zdrowia .....

Numer rachunku bankowego

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nazwa banku .....

Wyrażam zgodę na przekazywanie stypendium szkoleniowego/stażowego\* przysługującego mi za udział w szkoleniu/stażu w ramach projektu „Pracownicy 30+. Program aktywizacji zawodowej mieszkańców obszaru metropolitalnego I” na podany powyżej numer rachunku bankowego. Zobowiązuję się także do każdorazowego niezwłocznego powiadomienia o zmianie numeru konta bankowego i innych danych niezbędnych do dokonania przelewu.

\* *Niewłaściwe skreślić*

**Niniejszym oświadczam, że:**

Jestem zarejestrowany/a w Urzędzie Pracy <i>(nazwa)</i> .....		☐ TAK ☐ NIE
Poinformowałem/am Urząd Pracy o uczestnictwie w szkoleniu/stażu w terminie 7 dni .....		☐ TAK ☐ NIE
Pobieram zasiłek dla bezrobotnego .....		☐ TAK ☐ NIE
W terminie (od dnia do dnia)		
Jestem emerytem/tką .....	Numer decyzji: .....	☐ TAK ☐ NIE
Jestem rencistą/ką .....		
Jestem osobą z niepełnosprawnością .....		☐ TAK ☐ NIE
Stopień niepełnosprawności	☐ lekki          ☐ umiarkowany          ☐ znaczny	

Pracownicy 30+. Program aktywizacji zawodowej mieszkańców obszaru metropolitalnego I



Pobieram z tytułu niepełnosprawności świadczenia rentowe		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
W terminie (od dnia do dnia)		
Przebywam na urlopie wychowawczym		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
W terminie (od dnia do dnia)		

W przypadku konieczności objęcia mnie ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym zgadzam się, że Instytucja realizująca projekt „Pracownicy 30+. Program aktywizacji zawodowej mieszkańców obszaru metropolitalnego I” będzie dokonywała z tego tytułu płatności w moim imieniu.

Podane dane są zgodne ze stanem faktycznym. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań (podanie nieprawdziwych informacji).

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 Realizatora projektu, w terminie 3 dni od dnia zaistnienia takiej zmiany.

Jestem świadomy/a odpowiedzialności określonej Art. 98 Ustawy z dn. 13 października 1998 o systemie ubezpieczeń społecznych za brak terminowego powiadomienia Realizatora projektu o wszelkich zmianach uniemożliwiających prawidłowe zgłoszenie do ZUS.

Miejscowość i Data..... Czytelny podpis.....



Załącznik nr 2

### WNIOSEK O ZGŁOSZENIE CZŁONKA RODZINY DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

Nazwisko..... Imię .....

Adres zamieszkania .....

Narodowy Fundusz Zdrowia .....

#### Dane członka rodziny zgłaszanego do ubezpieczenia zdrowotnego:

Nazwisko..... Imię .....

Adres zamieszkania .....

Data urodzenia ..... Numer dowodu osobistego .....

PESEL ..... NIP .....

Stopień niepełnosprawności .....

Data zgłoszenia do ubezpieczenia społecznego .....

Ww. członek rodziny:

Pozostaje ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym  TAK  NIE

Posiada status osoby bezrobotnej  TAK  NIE

Zobowiązuję się do bezzwłocznego poinformowania Instytucji realizującej projekt „Pracownicy 30+. Program aktywizacji zawodowej mieszkańców obszaru metropolitalnego I” o wszelkich zaistniałych zmianach oraz dostarczenia zaświadczenia o pobieraniu nauki przez dziecko powyżej 18 roku życia. W przypadku niedostarczenia zaświadczenia dziecko zostanie wyrejestrowane z ubezpieczenia zdrowotnego.

Miejscowość i Data..... Czytelny podpis.....



### OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

#### „Pracownicy 30+. Program aktywizacji zawodowej mieszkańców obszaru metropolitalnego I” DLA POTRZEB UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH/PODATKÓW

Nazwisko Uczestnika.....  
Imiona 1/..... 2/.....  
Miejsce urodzenia..... Data urodzenia.....  
Imię ojca..... Imię matki .....

PESEL/Paszport.....  
Miejsce zamieszkania .....Kod pocztowy.....  
Ulica .....nr domu.....nr mieszkania.....  
Urząd Skarbowy właściwy dla miejsca zamieszkania.....  
.....  
Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia .....

Bank .....

Rachunek bankowy .....

Stopień niepełnosprawności.....

---

#### Wnoszę o ubezpieczenie społeczne:

- a) emerytalne i rentowe,
- b) wypadkowe.

**Jednocześnie oświadczam, że nie posiadam innego tytułu do ubezpieczeń społecznych.**

**Upoważniam Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego Nr 1 w Gdańsku do dokonania w moim imieniu zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego.**

**O wystąpieniu zmian mających wpływ na treść złożonego oświadczenia niezwłocznie powiadomię Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego Nr 1 w Gdańsku.**

.....  
data i podpis Uczestnika