**Žiadosť o refundáciu**

**finančných prostriedkov z národného projektu Podpora a zvyšovanie kvality terénnej sociálnej práce (NP TSP II)**

Obec/MVO (ďalej len „Spolupracujúci subjekt“) ................................... (názov subjektu, sídlo).................... (IČO) v zastúpení: ........................ (titul, meno, priezvisko štatutárneho orgánu), týmto na účely poskytnutia finančných prostriedkov na základe Zmluvy o spolupráci č. ..................... (ďalej aj len „Zmluva“), uzatvorenej medzi Implementačnou agentúrou MPSVR SR a Spolupracujúcim subjektom. V rámci implementácie NP TSP II je počet *terénnych sociálnych pracovníkov (TSP) ............., terénnych pracovníkov (TP) .............. a odborných pracovníkov (OP) ................****v zmysle Zmluvy****.*

Spolupracujúci subjektza sledované obdobie (kalendárny mesiac) od ........................ do ........................

**žiada o refundáciu za týchto pracovníkov:**

|  |  |
| --- | --- |
| **A: Meno, priezvisko, Titul:** |   |
| **B: Pracovná pozícia (skratka - TSP/TP/OP)** |   |
| **C: Nárokovaná hrubá mzda:** |   Suma v €: |
| **D: OPRÁVNENÝ VÝKON**  |
|  | **D1: Odpracované hodiny + náhrady + vzdelávanie neorganizované IMPLEA (mimo vzdelávania IMPLEA a supervízie organizovanej IMPLEA)** | Čas v hodinách: |
|  | **D2: supervízia organizovaná IMPLEA** | Čas v hodinách: |
|  | **D3: vzdelávanie organizované IMPLEA** | Čas v hodinách: |
| **PN** | **Suma za náhradu príjmu za dočasnú PN (do 10 dní):**  |
| **Poznámky k sledovanému obdobiu: [[1]](#footnote-1)** |

|  |  |
| --- | --- |
| **A: Meno, priezvisko, Titul:** |   |
| **B: Pracovná pozícia (skratka - TSP/TP/OP)** |   |
| **C: Nárokovaná hrubá mzda:** |   Suma v €: |
| **D: OPRÁVNENÝ VÝKON**  |
|  | **D1: Odpracované hodiny + náhrady + vzdelávanie neorganizované IMPLEA (mimo vzdelávania IMPLEA a supervízie organizovanej IMPLEA )** | Čas v hodinách: |
|  | **D2: supervízia organizovaná IMPLEA** | Čas v hodinách: |
|  | **D3: vzdelávanie organizované IMPLEA** | Čas v hodinách: |
| **PN** | **Suma za náhradu príjmu za dočasnú PN (do 10 dní):**  |
| **Poznámky k sledovanému obdobiu: [[2]](#footnote-2)** |

|  |  |
| --- | --- |
| **A: Meno, priezvisko, Titul:** |   |
| **B: Pracovná pozícia (skratka - TSP/TP/OP)** |   |
| **C: Nárokovaná hrubá mzda:** |   Suma v €: |
| **D: OPRÁVNENÝ VÝKON**  |
|  | **D1: Odpracované hodiny + náhrady + vzdelávanie neorganizované IMPLEA (mimo vzdelávania IMPLEA a supervízie organizovanej IMPLEA)** | Čas v hodinách: |
|  | **D2: supervízia organizovaná IMPLEA** | Čas v hodinách: |
|  | **D3: vzdelávanie organizované IMPLEA** | Čas v hodinách: |
| **PN** | **Suma za náhradu príjmu za dočasnú PN (do 10 dní):**  |
| **Poznámky k sledovanému obdobiu: [[3]](#footnote-3)** |
| **A: Meno, priezvisko, Titul:** |   |
| **B: Pracovná pozícia (skratka - TSP/TP/OP)** |   |
| **C: Nárokovaná hrubá mzda:** |   Suma v €: |
| **D: OPRÁVNENÝ VÝKON**  |
|  | **D1: Odpracované hodiny + náhrady + vzdelávanie neorganizované IMPLEA (mimo vzdelávania IMPLEA a supervízie organizovanej IMPLEA )** | Čas v hodinách: |
|  | **D2: supervízia organizovaná IMPLEA** | Čas v hodinách: |
|  | **D3: vzdelávanie organizované IMPLEA** | Čas v hodinách: |
| **PN** | **Suma za náhradu príjmu za dočasnú PN (do 10 dní):**  |
| **Poznámky k sledovanému obdobiu: [[4]](#footnote-4)** |

Spolupracujúci subjekt **vyhlasuje, že odvod dane a všetky povinné odvody do zdravotných poisťovní a sociálnej poisťovne boli odvedené v zákonom stanovenej výške a termíne.**

Spolupracujúci subjekt **vyhlasuje, že vyššie uvedené údaje za jednotlivých zamestnancov sú zhodné s ich dochádzkou za tento mesiac.**

Spolupracujúci subjekt **si je vedomý právnych dôsledkov nepravdivého vyhlásenia o skutočnostiach, uvedených v tejto žiadosti o refundáciu, vrátane trestnoprávnych dôsledkov.**

Spolupracujúci subjekt **berie na vedomie, že uvedenie nepravdivých informácií v tejto žiadosti o refundáciu je možné považovať za podstatné porušenie Zmluvy o spolupráci.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Meno a priezvisko, titul:** |  |
| **Funkcia:** |  |
| **Podpis a pečiatka:** |  |
| **Dátum a miesto:** |  |

**Prílohy:**

1. V prípade potreby uveďte napr.: OČR (počet dní), dátum nástupu na MD,deň nástupu/ukončenia TPP, pracovník s ťažkým zdravotným postihnutím (ZŤP), dôchodca a pod... [↑](#footnote-ref-1)
2. V prípade potreby uveďte napr.: OČR (počet dní), dátum nástupu na MD,deň nástupu/ukončenia TPP, pracovník s ťažkým zdravotným postihnutím (ZŤP), dôchodca a pod... [↑](#footnote-ref-2)
3. V prípade potreby uveďte napr.: OČR (počet dní), dátum nástupu na MD,deň nástupu/ukončenia TPP, pracovník s ťažkým zdravotným postihnutím (ZŤP), dôchodca a pod... [↑](#footnote-ref-3)
4. V prípade potreby uveďte napr.: OČR (počet dní), dátum nástupu na MD,deň nástupu/ukončenia TPP, pracovník s ťažkým zdravotným postihnutím (ZŤP), dôchodca a pod... [↑](#footnote-ref-4)