

Projekt „Profesjonalny asystent osoby z niepełnosprawnością” realizowany jest w ramach RPO WD 2014-2020

<input type="checkbox"/>	Oświadczenie o wykorzystaniu danego samochodu osobowego (dotyczy uczestników dojeżdżających samochodem prywatnym)
Niniejszym oświadczam również, iż w przypadku zmiany wysokości ceny biletu na danej trasie przejazdu zobowiązuję się do: poinformowania o tym Beneficjenta projektu oraz złożenia stosownych dokumentów (wniosek o zwrot kosztów wraz z dokumentami potwierdzającymi cenę biletu).	
<p>.....</p> <p><i>Data, czytelny podpis Uczestnika Projektu</i></p>	

WYPEŁNIA BENEFICJENT				
Do wniosku o zwrot kosztów dojazdu dostarczono zgodnie z oświadczeniem uczestnika:				
<input type="checkbox"/>	Bilety w obie strony	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	
<input type="checkbox"/>	Informacja od przewoźnika o cenie biletu na danej trasie	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	
<input type="checkbox"/>	Oświadczenie o wykorzystaniu danego samochodu osobowego (dotyczy uczestników dojeżdżających samochodem prywatnym)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	
Trasa	Koszt jednostk. przejazdu	Zadanie nr *	Liczba dni kwalifikowalnych do zwrotu ¹	Kwota kosztów kwalifikowalnych
Łączna suma kosztów kwalifikowalnych do zwrotu:				
Legenda:				
zad. 2 – Szkolenia dla asystentów, kandydatów na asystentów/opiekunów osób z niepełnosprawnością zad. 3 - Świadczenie usług asystenckich dla osób z niepełnosprawnością/rodzin z dziećmi z niepełnosprawnością zad. 4 - Świadczenie usług opiekuńczych dla osób niesamodzielnych/rodzin z dziećmi z niepełnosprawnością zad. 6 – Szkolenie dla opiekunów faktycznych OzN				
<p>.....</p> <p><i>data, podpis osoby upoważnionej ze strony Beneficjenta</i></p>			<p>.....</p> <p><i>pieczęć Beneficjenta</i></p>	

¹ Na podstawie list obecności.