



Projekt „Asystent osoby z niepełnosprawnością dla Aglomeracji Jeleniogórskiej” realizowany w ramach RPO WD 2014-2020

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).

.....
Data, czytelny podpis Uczestnika Projektu

WYPEŁNIA BENEFICJENT

Do wniosku o zwrot kosztów dojazdu dostarczone 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 jednostkowy 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

.....
data, podpis osoby upoważnionej ze strony Beneficjenta

.....
pieczęć Beneficjenta

¹ Na podstawie list obecności.