



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

Załącznik nr 7

WNIOSEK O ZWROT KOSZTÓW DOJAZDU

Nazwa projektu: „Asystent osoby z niepełnosprawnością dla Aglomeracji Jeleniogórskiej”

Imię i nazwisko Uczestnika/ Uczestniczki	
Adres zamieszkania	
PESEL	

Na podstawie §7 Zasady zwrotu kosztów dojazdu *Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie*, zwracam się z prośbą o dokonanie zwrotu poniesionych przeze mnie kosztów dojazdu na trasie z miejsca zamieszkania do miejsca realizacji wskazanej poniżej formy wsparcia i z powrotem:

forma wsparcia	miejsce realizacji wybranej formy wsparcia
<input type="checkbox"/> Szkolenia dla asystentów, kandydatów na asystentów/opiekunów osób z niepełnosprawnością (Zadanie nr 2)	
<input type="checkbox"/> Świadczenie usług asystenckich dla osób z niepełnosprawnością/rodzin z dziećmi z niepełnosprawnością (Zadanie nr 3)	
<input type="checkbox"/> Świadczenie usług opiekuńczych dla osób niesamodzielných/rodzin z dziećmi z niepełnosprawnością (Zadanie nr 4)	
<input type="checkbox"/> Szkolenia dla opiekunów/ek faktycznych osób z niepełnosprawnością (Zadanie nr 6)	

Sposób przekazania środków (właściwe zaznaczyć):

<input type="checkbox"/> Gotówka																					
<input type="checkbox"/> przelew Zwracam się z prośbą o przekazanie środków pieniężnych na podane niżej konto: nr rachunku bankowego: <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> Nazwa banku:																					

Oświadczam, iż z miejsca zamieszkania do miejsca realizacji wsparcia i z powrotem dojeżdżałam/em:

<input type="checkbox"/> środkiem transportu publicznego	
<input type="checkbox"/> samochodem prywatnym	

Do wniosku przedkładam następujące załączniki:

<input type="checkbox"/> Bilety w obie strony	
<input type="checkbox"/> Informację od przewoźnika o cenie biletu na danej trasie	



Projekt „Asystent osoby z niepełnosprawnością dla Aglomeracji Jeleniogórskiej” realizowany 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 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 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.