



**REGULAMIN ZWROTU KOSZTÓW DOJAZDU ORAZ ZWROTU KOSZTÓW OPIEKI NAD DZIECKIEM DO LAT 7 /
OSOBA ZALEŻNĄ
W PROJEKCIE „SZANSA NA LEPSZE ZATRUDNIENIE”
W RAMACH REGIONALNEGO PROGRAMU OPERACYJNEGO WOJEWÓDZTWA ŚLĄSKIEGO
NA LATA 2014-2020
NR PRPROJEKTU RPSL.07.01.03-24-03E3/18-003
OŚ PRIORYTETOWA VII
DZIAŁANIE 7.1 AKTYWNE FORMY PRZECIWDZIAŁANIA BEZROBOCIU
PODDZIAŁENIE 7.1.3. POPRAWA ZDOLNOŚĆ DO ZATRUDNIENIA OSÓB POSZUKUJĄCYCH PRACY I
POZOSTAJĄCYCH BEZ ZATRUDNIENIA**

Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



AGENCJA ROZWOJU
REGIONALNEGO
W CZĘSTOCHOWIE S.A.

Biuro projektu „Szansa na lepsze zatrudnienie”

Agencja Rozwoju Regionalnego w Częstochowie S.A.
Al. Najświętszej Maryi Panny 24, lok. 6A, 42-202 Częstochowa
tel. 34 360 56 88 wew. 34, fax 34 360 57 47
e-mail: lepszezatrudnienie@arr.czestochowa.pl
www.arr.czestochowa.pl/projekty/aktualne/lepsze-zatrudnienie

§ 1.

Postanowienia ogólne

1. Agencja Rozwoju Regionalnego w Częstochowie S.A. realizuje projekt o numerze **RPSL.07.01.03-24-03E3/18-003** pod tytułem „**Szansa na lepsze zatrudnienie**”.
2. Projekt realizowany jest na podstawie umowy nr RPSL.07.01.03-24-03E3/18-00 zawartej z Wojewódzkim Urzędem Pracy w Katowicach w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 Oś VII Regionalny rynek pracy, Działanie 7.1. Aktywne formy przeciwdziałania bezrobociu.
3. Projekt jest współfinansowany ze środków UE – Europejskiego Funduszu Społecznego.
4. Zasięg terytorialny Projektu: **województwo śląskie**.
5. Okres realizacji projektu: **od 01.04.2019 r. do 31.03.2021 r.**
6. Biuro projektu znajduje się w Częstochowie przy Alei Najświętszej Maryi Panny 24 lok. 6 tel.34/360-56-88 wew. 34. Biuro jest czynne od poniedziałku do piątku w godzinach 7.30 – 15.30.
7. Niniejszy *Regulamin* określa kryteria i zasady zwrotu kosztów dojazdu oraz zwrotu kosztów opieki nad dzieckiem do lat 7/osobą zależną.

§ 2.

Definicje

1. **Projekt** – „Szansa na lepsze zatrudnienie”, realizowany przez Agencję Rozwoju Regionalnego w Częstochowie S.A.
2. **Beneficjent** (Projektodawca, Realizator projektu) – podmiot realizujący projekt na podstawie umowy nr **RPSL.07.01.03-24-03E3/18-00** . W ramach projektu „Szansa na lepsze zatrudnienie”, funkcję Beneficjenta pełni: Agencja Rozwoju Regionalnego w Częstochowie S.A. z siedzibą w Częstochowie.
3. **Biuro projektu** – oznacza miejsce, w którym realizowany jest projekt przez zespół projektowy.
4. **Uczestnik/czka projektu** – osoba fizyczna, która została zakwalifikowana do udziału w projekcie.
5. **Dziecko do lat 7** – dziecko Uczestnika/czki projektu, nad którym sprawuje on/ona opiekę, które w pierwszym dniu szkolenia Uczestnika/czki projektu nie rozpoczęło 7 roku życia.
6. **Osoba zależna** – osoba w rozumieniu Ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. Nr 99 z 2004 r., poz. 1001, z poz. zm.) wymagająca ze względu na stan zdrowia lub wiek stałej opieki, połączona więziami rodzinnymi lub powinowactwem z osobą uczestniczącą w projekcie lub pozostająca z nią we wspólnym gospodarstwie domowym.
7. **Opiekun/Opiekunka** – osoba sprawująca opiekę nad dzieckiem/osobą zależną, z którą Uczestnik/czka projektu zawarł/ła umowę cywilnoprawną.
8. **Osoba blisko spokrewniona** – osoba w stopniu pokrewieństwa: małżonek, zstępni, wstępni, pasierb, zięć, synowa, rodzeństwo, ojczym, macocha, teściowa.

§ 3

Zasady zwrotu kosztów dojazdu na: doradztwo zawodowe, szkolenia interpersonalne, kursy zawodowe, sesje coachingowe, pośrednictwo pracy, staż zawodowy oraz do miejsca zatrudnienia subsydiowanego .

1. Zwrot kosztów dojazdu dotyczy wyłącznie przejazdów na trasie - tam i z powrotem- z miejsca zamieszkania do miejsca, w którym odbywa wsparcie.
2. Uczestnik/czka projektu, korzystająca z określonej formy wsparcia może ubiegać się o zwrot kosztów dojazdu do wysokości kosztów biletów (pojedynczych lub okresowych/miesięcznych) komunikacji miejskiej/podmiejskiej/biletów II klasy w regionalnym transporcie kolejowym.
3. Gdy dane zajęcia nie odbywają się w sposób ciągły lub w przypadkach nieobecności Uczestnika/czki projektu w określonej formie wsparcia, koszt biletu okresowego będzie kwalifikowany proporcjonalnie w stosunku do faktycznej ilości dojazdów na miejsce realizacji wsparcia w okresie, którego dotyczy bilet.
4. Kwota kosztów dojazdu dla każdego z Uczestników/czek projektu nie może przekroczyć kwoty założonej w budżecie projektu na jednego Uczestnika/czki, z wyjątkiem ust. 5.
5. W przypadku niewykorzystania puli środków na dojazdy przez któregokolwiek Uczestnika/czkę projektu zostanie ona przeznaczona na zwiększenie puli środków przewidzianych na ten cel dla innego Uczestnika, który ten limit już wykorzystał, ale nie pokrył w całości poniesionych większych kosztów dojazdu.
6. Refundacja kosztów dojazdu na poszczególne formy wsparcia będzie dokonywana na podstawie wniosku o zwrot kosztów dojazdu wraz z załącznikami wskazanymi w § 4. Dokumenty należy dostarczyć do biura projektu w terminie do 30 dni kalendarzowych od zakończenia każdego miesiąca kalendarzowego.
7. Zwrot kosztów dojazdu dokonywany jest do wysokości ceny biletu najtańszego środka komunikacji publicznej z miejsca zamieszkania Uczestnika/czki projektu do miejsca odbywania doradztwa zawodowego/szkolenia/kursu/pośrednictwa pracy/sesji coachingowej/stażu/zatrudnienia – zarówno w przypadku Uczestników/czek korzystających ze środków komunikacji publicznej jak i dojeżdżających własnym lub użyczonym prywatnym środkiem transportu.

§ 4

Wymagane dokumenty – zwrot kosztów dojazdu

1. Zwrot kosztów dojazdu następuje na podstawie złożonych przez Uczestnika/czkę projektu dokumentów:
 - 1) **Wniosku o zwrot kosztów dojazdu** Uczestnika/czki projektu w ramach projektu „Szansa na lepsze zatrudnienie” (Załącznik nr 1),
 - 2) w przypadku dojazdu autobusem/pociągiem do wniosku o zwrot kosztów przejazdu Uczestnik/czka projektu zobowiązana jest dołączyć oryginalne bilety MZK, PKP, PKS lub innego przewoźnika, zawierających cenę, trasę przejazdu ,
 - 3) w przypadku przejazdu samochodem podstawą do rozliczenia kosztów przejazdu jest wypełnione **Oświadczenie o wykorzystywaniu własnego/użyczonego* środka transportu** (Załącznik nr 2) będące integralną częścią wniosku o zwrot kosztów przejazdu.

W przypadku użytkowania :

Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



AGENCJA ROZWOJU
REGIONALNEGO
W CZĘSTOCHOWIE S.A.

Biuro projektu „Szansa na lepsze zatrudnienie”

Agencja Rozwoju Regionalnego w Częstochowie S.A.

Al. Najświętszej Maryi Panny 24, lok. 6A, 42-202 Częstochowa

tel. 34 360 56 88 wew. 34, fax 34 360 57 47

e-mail: lepszezatrudnienie@arr.czestochowa.pl

www.arr.czestochowa.pl/projekty/aktualne/lepsze-zatrudnienie

- samochodu będącego własnością Uczestnika/czki projektu należy przedstawić do wglądu dowód rejestracyjny oraz prawo jazdy;
- samochodu użyczonego Uczestnikowi/czce projektu należy przedstawić do wglądu umowę użyczenia, dowód rejestracyjny oraz prawo jazdy.

W celu potwierdzenia i weryfikacji dokumentów przedstawionych do wglądu pracownik biura projektu sporządza na tą okoliczność notatkę służbową.

2. Zwrot kosztów dojazdu własnym lub użyczonym samochodem wylicza się na podstawie cen i połączeń komunikacji publicznej (wykorzystując min. ogólnodostępną dostępną przeglądarkę internetową) z miejsca zamieszkania do miejsca udzielanej formy wsparcia tj. do miejsca doradztwa/szkolenia/kursu/stażu/zatrudnienia, zgodnie z listami obecności.

§ 5

Zasady zwrotu kosztów opieki nad dzieckiem do lat 7/osobą zależną

1. Z pokrycia kosztów opieki nad dzieckiem do lat 7/osobami zależnymi mogą korzystać wyłącznie osoby, które nie mają innej możliwości zapewnienia tej opieki.
2. W projekcie zaplanowano zwrot kosztów opieki nad dzieckiem/osobą zależną dla 5 Uczestników/czek .
3. Uczestnik/czka projektu może ubiegać się o zwrot kosztów opieki nad dzieckiem do lat 7/osobą zależną za okres udziału w doradztwie zawodowym/szkoleniu/kursie/sesji coachingowej/pośrednictwie pracy/stażu/zatrudnieniu subsydiowanym . Organizator zastrzega możliwość odmowy wypłaty tych kosztów osobom, dla których wyczerpią się środki przewidziane w projekcie.
4. Refundacja kosztów opieki za okres udziału w poszczególnych formach wsparcia będzie dokonywana na podstawie wniosku o zwrot opieki nad dzieckiem do lat 7/osobą zależną wraz z załącznikami wskazanymi w § 6. Dokumenty należy dostarczyć do biura projektu w terminie do 30 dni kalendarzowych od zakończenia każdego miesiąca kalendarzowego .
5. Jako koszt opieki należy uznać:
 - koszt opłaty za pobyt dziecka do lat 7/osoby zależnej w instytucji uprawnionej do sprawowania opieki nad dziećmi do lat 7/osobami zależnymi, w czasie udziału Uczestnika/czki projektu w określonej formie wsparcia doliczając czas dojazdu (maksymalnie do 2 h w obie strony) ,
 - koszty wynikające z legalnych (spełniających wymagania nałożone odrębnymi przepisami – podatkowe, ubezpieczeń społecznych) umów cywilnoprawnych z opiekunami (z wyłączeniem osób blisko spokrewnionych z uczestnikami projektu) za okres udziału we wsparciu Uczestnika/czki projektu doliczając czas dojazdu (maksymalnie do 2 h w obie strony) .
6. Refundacji podlegać będą wydatki ponoszone tylko i wyłącznie w trakcie korzystania przez Uczestnika/czkę projektu z wyżej wskazanych form wsparcia .
7. Decyzja o przyznaniu zwrotu kosztów opieki nad dzieckiem do lat 7/osobą zależną będzie wydawana w oparciu o kolejność zgłoszeń poprawnie wypełnionego wniosku wraz z kompletem wymaganych załączników. Uczestnik/czka projektu nie może z tego tytułu wymagać od Agencji Rozwoju Regionalnego S.A. żadnych roszczeń.

8. W sytuacji wynajęcia Opiekuna/Opiekunki uprawnionego/uprawnionej do sprawowania opieki nad dzieckiem do lat 7/osobą zależną, na czas udziału Uczestnika/czki projektu w ustalonej formie wsparcia, Uczestnik/czka projektu podpisuje umowę zlecenie z Opiekunem/Opiekunką, wypłaca wynagrodzenie na podstawie rachunku do umowy zlecenia za wykonaną usługę w kwocie obliczonej na podstawie ilości godzin, w których Uczestnik/czka projektu uczestniczył/a w określonej formie wsparcia.
9. W sytuacji pobytu dziecka do lat 7/osoby zależnej w instytucji uprawnionej do sprawowania opieki nad dziećmi do lat 7/osobami zależnymi, na czas udziału Uczestnika/czki projektu w ustalonej formie wsparcia, Uczestnik/czka projektu reguluje należność wynikającą z pobytu dziecka do lat 7/osoby zależnej w ww. instytucji i dostarcza do biura projektu potwierdzenie zapłaty.
10. Refundacja nie przysługuje za dni nieobecności w określonych formach wsparcia oraz w przypadku ich przerwania lub rezygnacji z udziału w projekcie.
11. Uczestnik/czka projektu wybiera Instytucję lub Opiekuna/Opiekunkę (z wyłączeniem osób blisko spokrewnionych z uczestnikami projektu), który/która będzie się opiekować dzieckiem do lat 7/osobą zależną w czasie udziału we wsparciu.

§ 6

Wymagane dokumenty – zwrot kosztów opieki nad dzieckiem do lat 7/osobą zależną

1. Uczestnik/czka projektu, aby ubiegać się o zwrot kosztów opieki nad dzieckiem do lat 7/osobą zależną powinien/nna złożyć:
 - 1) **Wniosek o zwrot kosztów opieki nad dzieckiem do lat 7/osobą** (Załącznik nr 3) wraz z oświadczeniami:
 - a) **Oświadczenie o sprawowaniu opieki nad dzieckiem dla lat 7/osobą zależną*** (Załącznik nr 4);
 - b) **Oświadczenie o poniesionych kosztach w związku ze zleceniem opieki nad dzieckiem do lat 7/osobą zależną*** (Załącznik nr 5) będącymi integralną częścią wniosku o zwrot kosztów opieki.
2. Do wglądu w biurze projektu należy przedstawić dokument potwierdzający fakt sprawowania opieki nad :
 - dzieckiem/dziećmi do 7 roku życia – np. akt urodzenia;
 - osobą zależną – dokument potwierdzający stopień pokrewieństwa lub powinowactwa oraz np. orzeczenie o niepełnosprawności ze względu na którą ta osoba wymaga opieki lub inny dokument potwierdzający ten fakt.
3. W przypadku wynajęcia Opiekuna/Opiekunki należy przedstawić w biurze projektu następujące dokument do wglądu:
 - a) umowę zlecenie zawartą z Opiekunem/Opiekunką sprawującym/sprawującą opiekę nad dzieckiem do lat 7/osobą zależną ;
 - b) rachunek/faktura do umowy zlecenia zawartej z Opiekunem/Opiekunką za wykonaną usługę.
 - c) dowód zapłaty rachunku lub faktury.
4. W przypadku pobytu dziecka do lat 7/osoby zależnej w instytucji uprawnionej do sprawowania opieki nad dziećmi do lat 7/osobami zależnymi należy przedstawić w biurze projektu następujące dokument do wglądu:
 - a) umowę zawartą z instytucją uprawnioną do sprawowania opieki nad dziećmi do lat 7/osobami zależnymi;
 - b) rachunek lub fakturę za czas pobytu dziecka do lat 7/osoby zależnej w instytucji uprawnionej do sprawowania opieki nad dziećmi do lat 7/osobami zależnymi, w czasie korzystania przez Uczestnika/czkę projektu z ustalonej w ramach udziału w projekcie formy wsparcia;

- c) dowód zapłaty rachunku lub faktury.

W celu potwierdzenia i weryfikacji dokumentów przedstawionych do wglądu pracownik biura projektu sporządzi na tą okoliczność notatkę służbową.

§ 7

Procedura wypłaty zwrotów kosztów

1. Refundacja kosztów przysługuje wyłącznie po przedstawieniu ich udokumentowania, w wysokości odpowiadającej udokumentowanym i faktycznie poniesionym wydatkom. Zwrot kosztów dojazdu możliwy jest tylko za te dni, których obecność na zajęciach została poświadczona podpisem na liście obecności.
2. Uczestnicy/czki, którzy/e złożą dokumenty wypełnione błędnie lub przedstawią wymagane dokumenty, ale nie będą figurować na listach obecności danego dnia wsparcia zgodnie z datami przedstawionymi na tych dokumentach, nie otrzymają zwrotu poniesionych kosztów.
3. Biuro projektu rozpatrzy Wniosek o zwrot kosztów w ciągu 10 dni roboczych od dnia jego złożenia .
4. Zwrot kosztów dojazdu oraz kosztów opieki odbywa się przelewem bankowym na podane we wniosku przez Uczestnika/czkę projektu konto bankowe w terminie 10 dni od daty jego pozytywnego rozpatrzenia.
5. Agencja Rozwoju Regionalnego w Częstochowie S.A. zastrzega sobie możliwość wstrzymania wypłat, o ile nie posiada środków finansowych na koncie bankowym Projektu (w takim przypadku zwrot kosztów zostanie niezwłocznie przelany w momencie otrzymania środków finansowych od Instytucji Pośredniczącej).

§ 8

Postanowienia końcowe

1. Zapisy niniejszego *Regulaminu* podlegają przepisom prawa polskiego.
2. W przypadku wątpliwości związanych z interpretacją *Regulaminu* zwrotu kosztów dojazdu oraz zwrotu kosztów opieki nad dzieckiem do lat 7 / osobą zależną w projekcie „Szansa na lepsze zatrudnienie” interpretacji wiążącej dokonuje Beneficjent Projektu.
3. *Regulamin* obowiązuje od dnia publikacji na stronie internetowej Agencji Rozwoju Regionalnego w Częstochowie S.A. www.arr.czestochowa.pl/projekty/aktualne/lepsze-zatrudnienie .
4. Agencja Rozwoju Regionalnego w Częstochowie S.A. zastrzega sobie prawo zmiany niniejszego *Regulaminu* w sytuacji zmiany wytycznych, warunków realizacji projektu lub dokumentów programowych.
5. Zmiana *Regulaminu* obowiązuje od dnia publikacji na stronie internetowej projektu www.arr.czestochowa.pl/projekty/aktualne/lepsze-zatrudnienie z informacją o zaistniałej zmianie.

Załączniki do Regulaminu zwrotu kosztów opieki nad dzieckiem do lat 7/osobą zależną oraz zwrotu kosztów dojazdu :

- załącznik nr 1 – Wniosek o zwrot kosztów przejazdu Uczestnika/czki projektu .
- załącznik nr 2 – Oświadczenie o wykorzystywaniu prywatny/użytego środka transportu.

Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



AGENCJA ROZWOJU
REGIONALNEGO
W CZĘSTOCHOWIE S.A.

Biuro projektu „Szansa na lepsze zatrudnienie”
Agencja Rozwoju Regionalnego w Częstochowie S.A.
Al. Najświętszej Maryi Panny 24, lok. 6A, 42-202 Częstochowa
tel. 34 360 56 88 wew. 34, fax 34 360 57 47
e-mail: lepszezatrudnienie@arr.czestochowa.pl
www.arr.czestochowa.pl/projekty/aktualne/lepsze-zatrudnienie



- załącznik nr 3 – Wniosek o zwrot kosztów opieki nad dzieckiem do lat 7/osobą zależną*
- załącznik nr 4 – Oświadczenie o sprawowaniu opieki nad dzieckiem do lat 7/osobą zależną*
- załącznik nr 5 – Oświadczenie o poniesionych kosztach w związku ze zleceniem opieki nad dzieckiem do lat 7/osobą zależną*

Miejscowość Częstochowa, dn. 04.07.2019 r. - Aktualizacja

Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



AGENCJA ROZWOJU
REGIONALNEGO
W CZĘSTOCHOWIE S.A.

Biuro projektu „Szansa na lepsze zatrudnienie”

Agencja Rozwoju Regionalnego w Częstochowie S.A.
Al. Najświętszej Maryi Panny 24, lok. 6A, 42-202 Częstochowa
tel. 34 360 56 88 wew. 34, fax 34 360 57 47
e-mail: lepszezatrudnienie@arr.czestochowa.pl
www.arr.czestochowa.pl/projekty/aktualne/lepsze-zatrudnienie



Załącznik nr 1 do Regulaminu zwrotu kosztów dojazdu oraz zwrotu kosztów opieki nad dzieckiem/osobą zależną ramach projektu „Szansa na lepsze zatrudnienie”

.....
(miejsowość, data)

**WNIOSEK O ZWROT KOSZTÓW DOJAZDU
NA DORADZTWO ZAWODOWE/SZKOLENIE/KURS/POŚREDNICTWO PRACY /STAŻ/ZATRUDNIENIE SUBSYDIOWANE**

*

Projekt „Szansa na lepsze zatrudnienie” współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego realizowany przez Agencję Rozwoju Regionalnego w Częstochowie S.A., na podstawie Umowy nr RPSL.07.01.03-24-03E3/18-00 zawartej z Wojewódzkim Urzędem Pracy w Katowicach w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/y (Imię i nazwisko Uczestnika Projektu), legitymująca/y się dowodem osobistym nr zamieszkała/y w..... (Ulica, miejscowość) oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią Regulaminu zwrotów kosztów dojazdu oraz zwrotu kosztów opieki nad dzieckiem/osobą zależną w ramach projektu „Szansa na lepsze zatrudnienie” i akceptuję jego warunki.

Deklaruję, że w miesiącu.....w dniu/w dniachuczestniczyłem/am we wsparciu.....(proszę wpisać rodzaj wsparcia) w ramach projektu pt.: „Szansa na lepsze zatrudnienie” współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego i dojeżdżam/te(a)m z miejsca zamieszkania do miejsca ww. wsparcia..... (Ulica, miejscowość).

Do wniosku dołączam: bilet/y MPK, bilet/y PKP, bilet/y PKS, paragon/y, fakturę/y, oświadczenie - zwrot kosztów przejazdu (prywatny środek transportu)*.

Należną mi kwotę w wysokości:zł, słownie:

.....proszę przekazać na konto:

.....(numer konta).....(nazwa banku)

.....
data i podpis Uczestniczki projektu

Wypełnia Biuro projektu:

Przyznana kwota zwrotu środków:.....Zł

Podpisy osób z zespołu projektowego:.....

Uwagi:.....

*niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 2 do Regulaminu zwrotu kosztów dojazdu oraz zwrotu kosztów opieki nad dzieckiem/osobą zależną ramach projektu „Szansa na lepsze zatrudnienie

Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



AGENCJA ROZWOJU
REGIONALNEGO
W CZĘSTOCHOWIE S.A.

Biuro projektu „Szansa na lepsze zatrudnienie”

Agencja Rozwoju Regionalnego w Częstochowie S.A.

Al. Najświętszej Maryi Panny 24, lok. 6A, 42-202 Częstochowa

tel. 34 360 56 88 wew. 34, fax 34 360 57 47

e-mail: lepszezatrudnienie@arr.czestochowa.pl

www.arr.czestochowa.pl/projekty/aktualne/lepsze-zatrudnienie



.....
(miejsowość, data)

OŚWIADCZENIE O WYKORZYSTANIU WŁASNEGO/UŻYCZONEGO* ŚRODKA TRANSPORTU

Projekt „Szansa na lepsze zatrudnienie” współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego realizowany przez Agencję Rozwoju Regionalnego w Częstochowie S.A., na podstawie Umowy nr RPSL.07.01.03-24-03E3/18-00 zawartej z Wojewódzkim Urzędem Pracy w Katowicach w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020

Ja niżej podpisana/y..... (Imię i nazwisko Uczestnika Projektu),
legitymująca/y się dowodem osobistym nr, zamieszkała/y w
..... (Ulica, miejscowość) oświadczam, że jestem
właścicielem prywatnego samochodu osobowego/posiadam prawo do dysponowania na podstawie umowy użyczenia,
prywatnego samochodu osobowego*, marki....., nr rejestracyjny.....,
pojemność silnika....., który używałem/am celem przejazdu na
wsparcie:.....(proszę wpisać rodzaj wsparcia) realizowane w ramach projektu
pt.: „Szansa na lepsze zatrudnienie” współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego .

Do oświadczenia przedstawiam do wglądu następujące dokumenty: prawo jazdy, dowód rejestracyjny, umowa użyczenia,
inny.....(jaki) *.

.....
data i podpis Uczestnika/czki projektu

*niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 3 do Regulaminu zwrotu kosztów dojazdu oraz zwrotu kosztów opieki nad dzieckiem/osobą zależną ramach projektu „Szansa na lepsze zatrudnienie”

Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



AGENCJA ROZWOJU
REGIONALNEGO
W CZĘSTOCHOWIE S.A.

Biuro projektu „Szansa na lepsze zatrudnienie”

Agencja Rozwoju Regionalnego w Częstochowie S.A.
Al. Najświętszej Maryi Panny 24, lok. 6A, 42-202 Częstochowa
tel. 34 360 56 88 wew. 34, fax 34 360 57 47
e-mail: lepszezatrudnienie@arr.czestochowa.pl
www.arr.czestochowa.pl/projekty/aktualne/lepsze-zatrudnienie



.....
(miejsowość, data)

WNIOSEK O ZWROT KOSZTÓW OPIEKI NAD DZIECKIEM DO LAT 7/OSOBĄ ZALEŻNĄ*

Projekt „Szansa na lepsze zatrudnienie” współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego realizowany przez Agencję Rozwoju Regionalnego w Częstochowie S.A., na podstawie Umowy nr RPSL.07.01.03-24-03E3/18-00 zawartej z Wojewódzkim Urzędem Pracy w Katowicach w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/y (Imię i nazwisko Uczestnika Projektu), legitymująca/y się dowodem osobistym nr, zamieszkała/y w(Ulica, miejscowość) oświadczam, że zapoznałem(-am) się z treścią Regulaminu zwrotów kosztów dojazdu oraz zwrotu kosztów opieki nad dzieckiem/osobą zależną w ramach projektu „Szansa na lepsze zatrudnienie” i akceptuję jego warunki oraz biorę pełną odpowiedzialność za wybór opiekuna/institucji* który/która sprawował/sprawowała opiekę nad dzieckiem/osobą zależną w okresie mojego udziału we wsparciu .

Zwracam się z prośbą o zwrot kosztów opieki nad dzieckiem do lat 7/osobą zależną* poniesionych w okresie mojego uczestnictwa we wsparciu (proszę wpisać rodzaj wsparcia) w dniu/w dniach..... od godziny/.....do godziny/..... (proszę podać terminy i godziny, w których udzielane było wsparcie) organizowanym w ramach projektu pn. „Szansa na lepsze zatrudnienie” współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

Należną mi kwotę w wysokości:zł, słownie:.....proszę przekazać na konto:
.....(numer konta).....(nazwa banku)

.....
data i podpis Uczestniczki projektu

Wypełnia Biuro projektu:

Przyznana kwota zwrotu środków:..... zł

Podpisy osób z zespołu projektowego:.....

Uwagi:.....

*niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 4 do Regulaminu zwrotu kosztów dojazdu oraz zwrotu kosztów opieki nad dzieckiem/osobą zależną ramach projektu „Szansa na lepsze zatrudnienie”

Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



AGENCJA ROZWOJU
REGIONALNEGO
W CZĘSTOCHOWIE S.A.

Biuro projektu „Szansa na lepsze zatrudnienie”

Agencja Rozwoju Regionalnego w Częstochowie S.A.
Al. Najświętszej Maryi Panny 24, lok. 6A, 42-202 Częstochowa
tel. 34 360 56 88 wew. 34, fax 34 360 57 47
e-mail: lepszezatrudnienie@arr.czestochowa.pl
www.arr.czestochowa.pl/projekty/aktualne/lepsze-zatrudnienie



.....
(miejsowość, data)

OŚWIADCZENIE O SPRAWOWANIU OPIEKI NAD DZIECKIEM DO LAT 7/OSOBA ZALEŻNĄ*

Projekt „Szansa na lepsze zatrudnienie” współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego realizowany przez Agencję Rozwoju Regionalnego w Częstochowie S.A., na podstawie Umowy nr RPSL.07.01.03-24-03E3/18-00 zawartej z Wojewódzkim Urzędem Pracy w Katowicach w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020

Ja, niżej podpisany(a).....
/ imię i nazwisko uczestnika projektu/

zamieszkały (-a)
/ adres zamieszkania uczestnika projektu /

legitymujący (-a) się dowodem osobistym
/ seria i numer dowodu osobistego uczestnika projektu/

wydanym przez

oświadczam, że sprawuję opiekę nad osobą nad dzieckiem dla lat 7*/osobą zależną*

.....
/ stopień pokrewieństwa/

Jestem świadomy (-a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
/ data i czytelny podpis uczestnika projektu/

Do oświadczenia przedstawiam do wglądu następujące dokumenty: akt urodzenia dziecka, akt ślubu, orzeczenie o niepełnosprawności ze względu na którą osoba zależna wymaga opieki, inne.....(podać jaki)*.

*niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 5 do Regulaminu zwrotu kosztów dojazdu oraz zwrotu kosztów opieki nad dzieckiem/osobą zależną ramach projektu „Szansa na lepsze zatrudnienie”

Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



AGENCJA ROZWOJU
REGIONALNEGO
W CZĘSTOCHOWIE S.A.

Biuro projektu „Szansa na lepsze zatrudnienie”

Agencja Rozwoju Regionalnego w Częstochowie S.A.
Al. Najświętszej Maryi Panny 24, lok. 6A, 42-202 Częstochowa
tel. 34 360 56 88 wew. 34, fax 34 360 57 47
e-mail: lepszezatrudnienie@arr.czestochowa.pl
www.arr.czestochowa.pl/projekty/aktualne/lepsze-zatrudnienie



.....
(miejsowość, data)

OŚWIADCZENIE O PONIESIONYCH KOSZTACH W ZWIĄZKU ZE ZLECENIEM OPIEKI NAD DZIECKIEM DO LAT 7/OSOBA ZALEŻNĄ*

Projekt „Szansa na lepsze zatrudnienie” współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego realizowany przez Agencję Rozwoju Regionalnego w Częstochowie S.A., na podstawie Umowy nr RPSL.07.01.03-24-03E3/18-00 zawartej z Wojewódzkim Urzędem Pracy w Katowicach w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020

Ja niżej podpisana/y..... (Imię i nazwisko Uczestnika Projektu), legitymująca/y się dowodem osobistym nr, zamieszkała/y w (Ulica, miejscowość) oświadczam, że zleciłem(am) opiekę nad dzieckiem do lat 7/osobą zależną*Opiekunowi(ce)/ placówce specjalistycznej tj..... (jeśli dotyczy to podać nazwę placówki)* w dniu/dniach:....., w godzinach:...../.....

Koszt opieki w wysokości:.....zł. uregulowałem w formie przelewu na konto bankowe/płatności gotówkowej*.

Do oświadczenia przedstawiam do wglądu następujące dokumenty:

umowę zlecenie zawartą z Opiekunem(ce) sprawującym(ej) opiekę nad dzieckiem do lat 7/osobą zależną; rachunek/faktura do umowy zlecenia zawartej z Opiekunem(ką) za wykonaną usługę; umowę zawartą z instytucją uprawnioną do sprawowania opieki nad dziećmi do lat 7/osobami zależnymi; rachunek/fakturę za czas pobytu dziecka do lat 7/osoby zależnej w instytucji uprawnionej do sprawowania opieki nad dziećmi do lat 7/osobami zależnymi; dowód zapłaty rachunku/faktury, inny.....*

.....
data i podpis Uczestnika/czki projektu

*niepotrzebne skreślić

