



**REGULAMIN W SPRAWIE PRZYZNAWANIA I DOKONYWANIA  
ZWROTU KOSZTÓW DOJAZDU UCZESTNIKÓW PROJEKTU**  
pn. „Dzienny Dom Opieki Medycznej "ZACISZE"  
współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego  
w ramach  
Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego 2014 – 2020  
9 Osi Priorytetowej Region spójny społecznie,  
Działania 9.2 Usługi społeczne i zdrowotne,  
Poddziałania 9.2.1 Usługi społeczne i zdrowotne w regionie  
Projekt nr RPMP.09.02.01-12-0013/18

## § 1 Definicje

Ilekoć w niniejszym Regulaminie jest mowa o poniższych pojęciach należy przez nie rozumieć:

### Definicje

1. **Projekt** – projekt pn. „Dzienny Dom Opieki Medycznej "ZACISZE" współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego 2014 – 2020, 9 Osi Priorytetowej Region spójny społecznie, Działania 9.2 Usługi społeczne i zdrowotne, Poddziałania 9.2.1 Usługi społeczne i zdrowotne w regionie Projekt nr RPMP.09.02.01-12-0013/18

2. **Instytucja Pośrednicząca** - Małopolskie Centrum Przedsiębiorczości – wojewódzka samorządowa jednostka organizacyjna Województwa Małopolskiego ul. Jasnogórska 1 31-358 Kraków

3. **Uczestnicy projektu (grupa docelowa projektu) to:**

1. Osoby niesamodzielne
2. Opiekunowie nieformalni os niesamodzielných
3. Wnioskodawca jako podmiot świadczący usługi z zakresu opieki długoterminowej.

Projekt obejmuje wsparciem osoby mieszkające w rozumieniu Kodeksu Cywilnego na terenie wskazanym Gminy Olkusz. Pacjenci w wieku powyżej 65 r.ż. stanowić będą min. 50% łącznej liczby pacjentów.

4. **Okres realizacji projektu:**

termin rozpoczęcia realizacji projektu 2018-10-01

termin zakończenia realizacji projektu (pierwotny 2021-09-30) został zmieniony na 30.6.2022

5. **Miejsce realizacji projektu:**

„Dzienny Dom Opieki Medycznej "ZACISZE" ul. Kazimierza Wielkiego 86 w Olkuszu woj. Małopolskie (Centrum Olkusza)

6. **Str www projektu** <http://ddom.zacisze.olkusz.pl>

7. **Konkurs** – konkursu nr RPMP.09.02.01-IP.01-12-103/17

8. **Biuro projektu** „Dzienny Dom Opieki Medycznej "ZACISZE" ul. Kazimierza Wielkiego 86 w Olkuszu woj. Małopolskie (Centrum Olkusza)

9. **Zasada równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawności:** W trakcie realizacji projektu zachowana zostanie zasada równości szans. Na każdym etapie realizacji projektu kobiety i mężczyźni, osoby pełno- i niepełnosprawne traktowani będą w taki sam sposób. W ramach planowanych do realizacji zadań w projekcie zakłada się realizację zasad mających na celu zapewnienie równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami poprzez umożliwienie wszystkim osobom bez względu na płeć, wiek, niepełnosprawność, rasę lub pochodzenie etniczne, wyznawaną religię lub światopogląd, orientację seksualną –sprawiedliwego, pełnego uczestnictwa w projekcie na jednakowych zasadach.

10. **DDOM ZACISZE** - Dzienny Dom Opieki Medycznej "ZACISZE" ul. Kazimierza Wielkiego 86 w Olkuszu woj. Małopolskie (Centrum Olkusza)

11. **Wnioskodawca:** ZAKŁAD PIELEGNACYJNO - OPIEKUNCZY "ZACISZE" PIELEGNIAKI I POŁOŻNE EWA STANEK, BOZENA MITKA SPÓŁKA PARTNERSKA  
z siedzibą w Zimnodół 51 32-300 Zimnodół

## § 2 Informacje ogólne

1. W związku z uczestnictwem w projekcie Uczestnikom/Uczestniczkom projektu przysługuje zwrot kosztów dojazdu. Koszt dojazdu przysługuje dla danej osoby z miejsca zamieszkania do miejsca wykonywania realizacji projektu i z powrotem. Zwrotu kosztów dojazdu uczestników projektu jest uzasadniony specyfiką realizowanego projektu.
  2. Wydatek jest niezbędny do prawidłowej realizacji projektu, funkcjonowania placówki (rodzaju oferowanego wsparcia) i osiągnięcia celów projektu. Wydatek niezbędny z uwagi na rodzaj grupy docelowej do której jest kierowane wsparcie a więc osób niesamodzielnych dla których brak zwrotu kosztów dojazdu pacjenta stanowiłoby barierę uczestnictwa gdyż są to w zdecydowanej większości osoby o niskim lub średnim statusie majątkowym. Zwrotu kosztów dojazdu uczestników projektu jest uzasadniony specyfiką realizowanego projekt
  3. Zwrot kosztów dojazdu w ramach Projektu następuje na podstawie dokumentacji złożonej przez Uczestnika/uczestniczki projektu dostarczone do Biura Projektu w terminie **do 15 każdego miesiąca** za miesiąc poprzedni. Niezłożenie przez Uczestnika Projektu wszystkich wymaganych dokumentów w wyznaczonym terminie skutkuje utratą prawa do zwrotu kosztów.
  4. Wzory wymaganych oświadczeń dostępne będą na stronie www Projektu oraz w Biurze Projektu.
  5. Zwroty dokonywane będą zgodnie z wytycznymi w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020 i budżetem projektu. Kwota zwrotu obejmuje koszty dojazdu niezbędnego do realizacji udziału w projekcie dla danej osoby z miejsca zamieszkania do miejsca realizacji projektu i z powrotem.
  6. W przypadku **kosztów dojazdu refundacji podlegają koszty opłat za środki transportu publicznego szynowego lub kołowego zgodnie z cennikiem biletów II klasy obowiązującym na danym obszarze. Istnieje możliwość korzystania ze środków transportu prywatnego (samochód) jako refundacja wydatku faktycznie poniesionego, jednakże tylko do wysokości ceny biletu środkami transportu publicznego na danej trasie.**
  7. O wysokości kwoty lub braku zwrotu kosztów dojazdu Uczestników Projektu DDOM Zacisze informuje tel lub osobiście.
  8. Dokumentacja niekompletna i nieprawidłowo sporządzona nie podlega rozpatrzeniu i rozliczeniu.
  9. Dokonanie zwrotu kosztów dojazdu następuje najpóźniej w **terminie 20 dni od dnia** złożenia kompletu dokumentów potwierdzających poniesione wydatki. ZAKŁAD PIELEGNACYJNO - OPIEKUNCZY "ZACISZE" PIELEGNIAKI I POŁOŻNE EWA STANEK, BOZENA MITKA SPÓŁKA PARTNERSKA zastrzega sobie możliwość wstrzymania wypłat, o ile nie posiada środków finansowych na koncie bankowym Projektu (w takim przypadku zwrot kosztów zostanie niezwłocznie zrealizowany w momencie otrzymania środków finansowych od Instytucji Pośredniczącej właściwej dla realizacji projektu).
- 10. Zwrot kosztów dojazdu dokonywany jest za okresy miesięczne.**

11. Zwrot kosztów dojazdu nie przysługuje:
- za dni niepotwierdzone podpisem na listach obecności w ramach projektu
  - w przypadku dokumentów nieczytelnych.

### § 3 Procedura wypłaty środków

- Refundacja kosztów dojazdu przysługuje po złożeniu wniosku stanowiącego załącznik do niniejszego regulaminu oraz udokumentowaniu poniesionych kosztów.
- Uczestnik projektu/uczestniczka projektu, którzy dostarczą dokumentację (osobiście lub drogą pocztową, na adres biura projektu) o zwrot kosztów poniesionych w celu dojazdu wypełnione błędnie lub bez wymaganych załączników lub przedstawią wymagane dokumenty, ale nie będą figurować na listach obecności danego dnia jako uczestnicy projektu zgodnie z datami przedstawionymi na dokumentach, nie otrzymają zwrotu poniesionych kosztów.
- Zwrot kosztów dojazdu odbywa się przelewem bankowym na podane przez Uczestnika Projektu konto bankowe.
- ZAKŁAD PIELEGNACYJNO - OPIEKUNCZY "ZACISZE" PIELEGNIARKI I POŁOZNE EWA STANEK, BOZENA MITKA SPÓŁKA PARTNERSKA ma prawo do kontroli wiarygodności danych podanych przez Uczestnika/Uczestniczki Projektu, wnosząc o udostępnienie dodatkowych dokumentów lub sprawdzając dane w odpowiednich instytucjach.
- Przez udokumentowane koszty rozumie się **koszty faktycznie poniesione na dojazd**, potwierdzone:
  - Wniosek - oświadczenie osoby ubiegającej się o zwrot kosztów dojazdu
  - Oświadczenie o wysokości ceny biletu na określonej trasie przejazdu.

### § 4 Zmiany

- Uczestnik Projektu ubiegający się o zwrot kosztów dojazdu jest zobowiązany do respektowania zasad niniejszego Regulaminu.
- W sprawach nieuregulowanych niniejszym Regulaminem decyduje Kierownik projektu.
- ZAKŁAD PIELEGNACYJNO - OPIEKUNCZY "ZACISZE" PIELEGNIARKI I POŁOZNE EWA STANEK, BOZENA MITKA SPÓŁKA PARTNERSKA zapewnia sobie prawo zmiany Regulaminu w przypadku konieczności dostosowania go do wytycznych związanych z realizacją projektu.
- Regulamin wchodzi w życie z dniem podpisania zarządzenia.

#### Załączniki:

- Załącznik nr 1 Wniosek - oświadczenie osoby ubiegającej się o zwrot kosztów dojazdu
- Załącznik nr 2 Oświadczenie o wysokości ceny biletu jednorazowego na określonej trasie przejazdu
- Załącznik nr 3 Deklaracja korzystania ze zwrotu kosztów dojazdu w okresie rozpoczęcia i zakończenia udziału w projekcie



**WNIOSEK O ZWROT KOSZTÓW DOJAZDU UCZESTNIKÓW PROJEKTU**  
w ramach projektu Dzienny Dom Opieki Medycznej „ZACISZE” w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego 2014 – 2020, Oś Priorytetowa 9. Region spójny społecznie, Działanie 9.2. Usługi społeczne i zdrowotne, Poddziałania 9.2.1. Usługi społeczne i zdrowotne w regionie współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego. Nr projektu: RPMP.09.02.01-12-0013/18

**NR DOKUMENTU .....**

Ja niżej podpisała/y .....

(Imię i nazwisko)

numer PESEL .....

zamieszkała/y w .....

(adres zamieszkania)

oświadczam, że w związku z moim udziałem w miesiącu ..... roku ..

.....

w projekcie pod tytułem „Dzienny Dom Opieki Medycznej „ZACISZE” ”

1. Dojeżdżałem/am:

-do miejsca realizacji projektu tj. DDOM „ ZACISZE” prowadzony przez Zakład Pielęgnacyjno - Opiekuńczy „Zacisze” Pielęgniarki i Położne Ewa Stanek, Bożena Mitka Spółka Partnerska, pod adresem ul. K.K .Wielkiego nr 86 z miejsca zamieszkania

-z miejsce realizacji projektu tj. DDOM „ZACISZE” prowadzony przez Zakład Pielęgnacyjno - Opiekuńczy „Zacisze” Pielęgniarki i Położne Ewa Stanek, Bożena Mitka Spółka Partnerska, pod adresem ul. K.K. Wielkiego nr 86 do miejsca zamieszkania

2. Miesięczny koszt dojazdu wynika z poniższej kalkulacji:

Lp	Data	Kwota brutto w PLN (Koszt dojazdu najtańszym publicznym środkiem transportu w obie strony)	Informacja dodatkowa
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
<b>RAZEM W PLN</b>			

Proszę o zwrot kosztów dojazdu w wysokości.....zł.

Weryfikacja obecności uczestnika projektu: ZGODNA/NIEZGODNA\*

Podpis i stanowisko osób weryfikujących obecność uczestnika projektu:

.....

.....  
\* *niepotrzebne skreślić*

Zwrotu kosztów dojazdu proszę dokonać na konto:

.....  
(Dane posiadacza rachunku)

.....  
(Numer rachunku)

.....  
(Nazwa banku)

.....  
(Data i podpis uczestnika Projektu)



## OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI CENY BILETU NA OKREŚLONEJ TRASIE PRZEJAZDU

Oświadczam, że od dnia:.....

na trasie z ..... do .....

- występuje połączenie bezpośrednie, a cena najtańszego biletu środkami transportu publicznego szynowego lub kołowego zgodnie z cennikiem biletów II klasy w obie strony na ww. trasie wynosi ..... zł  
(słownie: .....)\*
- nie występuje połączenie bezpośrednie, a cena najtańszego biletu środkami transportu publicznego szynowego lub kołowego zgodnie z cennikiem biletów II klasy w obie strony na równorzędnej trasie wynosi ..... zł  
(słownie: .....)\*

\_\_\_\_\_

*miejsowość i data*

\_\_\_\_\_

*podpis*

\* *niepotrzebne skreślić*

\*\* *zaznaczyć właściwie*

### **Załączniki:**

- wydruk ze strony internetowej danego przewoźnika dokumentujący ceny biletów obowiązujących na danej trasie lub oryginalne bilety zawierające cenę, trasę przejazdu i okres obowiązywania (jeżeli dotyczy) lub inny dokument potwierdzający cenę biletu





**DEKLARACJA KORZYSTANIA ZE ZWROTU KOSZTÓW DOJAZDU  
W OKRESIE ROZPOCZĘCIA I ZAKOŃCZENIA UDZIAŁU W PROJEKCIE**  
*w ramach projektu Dom Opieki Medycznej „ZACISZE” w ramach Regionalnego  
Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego 2014 – 2020, Oś Priorytetowa 9.  
Region spójny społecznie, Działanie 9.2. Usługi społeczne i zdrowotne, Poddziałania  
9.2.1. Usługi społeczne i zdrowotne w regionie współfinansowanego ze środków  
Europejskiego Funduszu Społecznego.*

Nr projektu: RPMP.09.02.01-12-0013/18

DANE OSOBOWE	
Imię	
Nazwisko	
PESEL	
Deklaruję chęć korzystania ze zwrotu kosztów dojazdu w ramach projektu <input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie	
..... Data i czytelny podpis	