Załącznik nr 8 -
Wniosek o zwrot kosztów dojazdów Uczestnika Projektu z / do Dziennego Domu Opieki Medycznej.

……. ,dnia……..

……
(Imię i Nazwisko)

……
(adres zamieszkania)

WNIOSEK O ZWROT KOSZTÓW DOJAZDU

Ja niżej podpisany/a zwracam się z prośbą o dokonywanie zwrotu ponoszonych przeze mnie kosztów dojazdu do Dziennego Domu Opieki Medycznej w Ciechanowie zwanym dalej ,,DDOM'' .

A. Zwrot kosztów dojazdu dotyczy na trasie :

……..

B. Oświadczam , że do DDOM dojeżdżałem/am :

☐ Publicznym środkiem transportu (PKS , PKP , BUS)

☐ Prywatnym samochodem

C. Proszę o przekazywanie zwrotów kosztu dojazdu na konto

……
(dane właściciela konta)

(numer rachunku bankowego)

……
(nazwa banku)

D. Do niniejszego wniosku dołączam :

Projekt „Dzienny Dom Opieki Medycznej w Ciechanowie" współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach IX. Wspieranie włączenia społecznego i walka z ubóstwem, Działania 9.2 Usługi społeczne i usługi opieki zdrowotnej Poddziałanie 9.2.2. Zwiększenie dostępności usług zdrowotnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020.

· Komplet biletów podpisanych imieniem i nazwiskiem

- Zaświadczenie przewoźnika wykonującego usługi w zakresie komunikacji publicznej o wysokości najtańszego biletu na danej trasie lub w przypadku odmowy wydania przez przewoźnika takiego zaświadczenia ;
- Oświadczenie UP o cenie najtańszego biletu na danej trasie , z załączonym biletem potwierdzającym koszt dojazdu z miejsca zamieszkania do DDOM ;

· Oświadczenie o korzystaniu z samochodu prywatnego lub Opiekuna

- kserokopia prawa jazdy UP lub Opiekuna potwierdzona za zgodnością z oryginałem;
-kserokopia dowodu rejestracyjnego samochodu potwierdzona za zgodność z oryginałem;
- Oświadczenie UP osoby dowożonej oraz oświadczenie osoby dowożonej o dowożeniu UP wraz z kserokopią prawa jazdy osoby dowożącej i dowodu rejestracyjnego samochodu ;

Oświadczam, że zapoznałem/am się z załącznikiem nr7 do Regulaminu DDOM dot. zasad i warunków zwrotu kosztów dojazdu.

Jestem świadoma/y odpowiedzialności prawnej jako poniosę w przypadku podania nieprawdziwych danych.

.....
(podpis Wnioskodawcy)

OŚWIADCZENIE o korzystaniu z prywatnego samochodu

Projekt „Dzienny Dom Opieki Medycznej w Ciechanowie" współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach IX. Wspieranie włączenia społecznego i walka z ubóstwem, Działania 9.2 Usługi społeczne i usługi opieki zdrowotnej Poddziałanie 9.2.2. Zwiększenie dostępności usług zdrowotnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020.

Ja …….

zamieszkały/a w …….

niniejszym oświadczam ,że w okresie

od ……. do …….
(dzień,miesiąc,rok) (dzień,miesiąc,rok)

dojeżdżałam/łem do DDOM w ramach projektu prywatnym samochodem

marki …….. o numerze rejestracyjnym ……..……

Powyższe oświadczenie składam świadomy/a, iż na podstawie art 233 §1 Kodeksu karnego za podanie nieprawdy lub zatajenie prawdy grozi kara pozbawienia wolności do lat 3.

…….
(podpis uczestnika)

…….
(Miejscowość,data)

……,dnia ……

…….
(pieczęć Przewoźnika)

ZAŚWIADCZENIE

Projekt „Dzienny Dom Opieki Medycznej w Ciechanowie" współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach IX. Wspieranie włączenia społecznego i walka z ubóstwem, Działania 9.2 Usługi społeczne i usługi opieki zdrowotnej Poddziałanie 9.2.2. Zwiększenie dostępności usług zdrowotnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020.

Niniejszym zaświadcza się,że na trasie:

1) Z …… do ……
występuje połączenie bezpośrednie,a cena biletu na w.w trasie w jedną stronę wynosi …… zł.

2) Z …….. do ……
nie występuje bezpośrednie połączenie, a ceny biletów na poszczególnych trasach kształtują się następująco :

a……..

b……..

c……..

……..
(pieczęć i podpis Przewoźnika)

Wypełnia Koordynator projektu lub Kierownik DDOM

Na potrzeby rozliczenia zwrotu kosztów dojazdu zostaje określony trasa dla:

4 ww. miejsce zamieszkania -> DDOM …… km

4 DDOM -> miejsce zamieszkania - …… km

Potwierdzam obecność Uczestnika w w/ w dniach

(data i podpis Koordynatora Projektu /Kierownika DDOM)

Projekt „Dzienny Dom Opieki Medycznej w Ciechanowie" współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach IX. Wspieranie włączenia społecznego i walka z ubóstwem, Działania 9.2 Usługi społeczne i usługi opieki zdrowotnej Poddziałanie 9.2.2. Zwiększenie dostępności usług zdrowotnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020.