



**REGULAMIN ZWROTU KOSZTÓW ZAPEWNIENIA OPIEKI
NAD OSOBĄ NIESAMODZIELNĄ
KTÓRĄ OPIEKUJE SIĘ UCZESTNIK PROJEKTU**

w ramach projektu pn. „Profilaktyka i rehabilitacja osób z dysfunkcjami narządu ruchu utrudniającymi wykonanie pracy zawodowej w CMP Sp z o.o.”
współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego
w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego 2014 – 2020
8 Oś Priorytetowej Rynek pracy,
Działanie 8.6 Wsparcie na rzecz wydłużania aktywności zawodowej,
Poddziałanie 8.6.2 Programy zdrowotne,
Nr projektu RPMP.08.06.02-12-0182/18

§ 1 Definicje

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

1. **Projekt** – projekt „Profilaktyka i rehabilitacja osób z dysfunkcjami narządu ruchu utrudniającymi wykonanie pracy zawodowej w CMP Sp z o.o.” który jest realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego 2014 – 2020, Działanie 8.6 Wsparcie na rzecz wydłużania aktywności zawodowej przez Centrum Medycyny Profilaktycznej Spółka z o.o.

2. **Instytucja Pośrednicząca** - Województwo Małopolskie – Wojewódzki Urząd Pracy w Krakowie, Plac na Stawach 1, 30-107 Kraków

3. **Uczestnicy projektu** – osoby w wieku aktywności zawodowej dotknięte dysfunkcją układu ruchu, z tym, że co najmniej 30% uczestników programu zawiera się w przedziale wiekowym 40 - 59 lat. Projekt obejmie wsparciem osoby fizyczne mieszkające w rozumieniu Kodeksu Cywilnego lub pracujące lub uczące się na terenie Woj Małopolskiego w powiatach:

- Kraków
- krakowski
- wielicki
- proszowicki.

Zgodnie z Wytycznymi w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020 **osoba w wieku aktywności zawodowej** to aktywna zawodowo osoba w wieku 15 lat i więcej (zgodnie z analogiczną metodologią, która jest stosowana w ramach przeprowadzanego cyklicznie przez Główny Urząd Statystyczny Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności, **osoba aktywna zawodowo** to osoba pracująca albo pozostająca bez zatrudnienia, ale poszukująca pracy i zainteresowana jej podjęciem).

4. Okres realizacji projektu:

- termin rozpoczęcia realizacji projektu 2018-06-01
- termin zakończenia realizacji projektu 2021-05-31

5. **Osoba niesamodzielne** tj.: osoba, które ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymagają opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego. Kluczowe dla określenia niesamodzielnosci jest stwierdzenie czy dana osoba może samodzielnie zaspokoić swoje podstawowe potrzeby życiowe takie jak np. spożywanie posiłków, poruszanie się, ubieranie, higiena osobista, korzystanie z toalety czy kontrolowanie czynności fizjologicznych.

5. **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.

§ 2 INFORMACJE OGÓLNE

1. Projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego na podstawie umowy z Instytucją Pośredniczącą
2. W związku z uczestnictwem w projekcie Uczestnikom/Uczestniczkom projektu przysługuje zwrot kosztów zapewnienia opieki nad osobą niesamodzielną którą opiekuje się Uczestnik Projektu tj. osoba korzystająca z usług zdrowotnej lub działań inf - edukacyjnych dotyczące tematyki RPZ dla danej osoby w czasie jej korzystania ze wsparcia oraz w czasie dojazdu na wsparcie i powrotu z wsparcia.
3. Zwrotu kosztów uczestników projektu jest uzasadniony specyfiką realizowanego projektu.
4. Zwrot kosztów w ramach Projektu następuje na wniosek Uczestnika projektu dostarczony do Biura Projektu w terminie **do 10 każdego miesiąca** za miesiąc poprzedni. Niezłożenie przez Uczestnika Projektu wszystkich wymaganych dokumentów w wyznaczonym terminie skutkuje utratą prawa do zwrotu kosztów.
5. Wzory wymaganych oświadczeń dostępne będą na stronie Projektu pod adresem CMP Sp. zo.o. i w Biurze Projektu.
6. 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.
7. Uczestnikowi Projektu przysługuje zwrot kosztów opieki nad osobą niesamodzielną w wysokości odpowiadającej faktycznym i udokumentowanym wydatkom, jednak do kwoty nie wyższej niż **niż 15 zł brutto za godzinę**. Zwrot przysługuje za czas:
 - korzystania z usług zdrowotnej lub działań inf - edukacyjnych dotyczące tematyki RPZ dla danej osoby w czasie jej korzystania ze wsparcia
 - za czas dojazdu na wsparcie (**czas dojazdu max 3 godz/dzień**)
 - za czas powrotu ze wsparcia (**czas dojazdu max 3 godz/dzień**)
8. Za koszt opieki uznaje się:
 - 1) koszt opłaty za pobyt w przedszkolu, żłobku, domu opieki lub innej placówce, instytucji opiekuńczej uprawnionej do sprawowania opieki w czasie trwania działań projektowych,
 - 2) koszty wynikające z umów cywilnoprawnych

W/w umowy, o ile wymagają tego przepisy prawa, zależnie od ich rodzaju, pociągają za sobą konieczność zgłoszenia do Urzędu Skarbowego i ZUS oraz odprowadzenia wymaganych prawem podatku dochodowego oraz składek na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne. Informacje należy uzyskać we właściwym dla siebie Urzędzie Skarbowym i Oddziale ZUS.
9. Uczestnik/uczestniczka projektu, aby ubiegać się o zwrot kosztów opieki nad osobami niesamodzielnymi zobowiązany/a jest do złożenia:
 - 1) **wniosku** o zwrot kosztów opieki nad osobą niesamodzielną według wzoru stanowiącego załącznik Nr 1 do niniejszych zasad,
 - 2) **kompletu wymaganych dokumentów** (oryginały lub kopie poświadczone za zgodność z oryginałem przez pracownika Beneficjenta przyjmującego wniosek):
 - a) aktu urodzenia dziecka/dzieci – jeśli dotyczy;
 - b) dokumentu potwierdzającego stan zdrowia osoby niesamodzielną np. orzeczenie o niepełnosprawności ze wskazaniem konieczności zapewnienia stałej opieki – jeśli dotyczy;

c) umowy i rachunku lub faktury VAT za pobyt osoby niesamodzielnej w placówce lub instytucji opiekuńczej – dokumenty te powinny być wystawione na uczestnika/uczestniczkę projektu, z dokumentów powinno wynikać jednoznacznie jaki okres - w tym ile godzin - opieki obejmują (okres powinien pokrywać się z okresem uczestnictwa w działaniach projektowych) – jeśli dotyczy;

d) umowy cywilnoprawnej z opiekunem zawierającej jednoznaczną informację na jaki okres - w tym na ile godzin - została zawarta (okres powinien pokrywać się z okresem uczestnictwa w działaniach projektowych z uwzględnieniem czasu dojazdu na zajęcia). Do umowy dołączyć należy rachunek za sprawowanie opieki wraz z dowodami zapłaty potwierdzającymi odprowadzenie zaliczki na podatek dochodowy oraz należnych składek na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne – jeśli dotyczy;

e) dowodu zapłaty rachunku lub faktury VAT;

1) oświadczenie o braku podwójnego dofinansowania,

10. Beneficjent może żądać złożenia przez uczestnika/uczestniczkę dodatkowych dokumentów i oświadczeń, które należy dostarczyć w trybie i terminie ustalonym przez Beneficjenta.
11. Złożenie niekompletnego wniosku lub brak w wyznaczonym terminie dokonania uzupełnienia wniosku o wymagane dokumenty lub oświadczenia skutkuje odmową refundacji kosztów opieki.

§ 3

PROCEDURA WYPŁATY ZWROTU KOSZTÓW OPIEKI

1. Zwrot kosztów opieki nad osobą niesamodzielną następuje po dokonaniu weryfikacji poprawności złożonego wniosku i wymaganych dokumentów oraz weryfikacji obecności uczestnika/uczestniczki we wsparciu realizowanym w ramach projektu.
2. Wypłata dokonywana jest na rachunek bankowy uczestnika/uczestniczki projektu wskazany we wniosku o zwrot kosztów opieki.
3. W przypadku wyczerpania się środków w budżecie projektu na działania projektowe, Beneficjent zastrzega możliwość odmowy wypłaty kosztów opieki nad osobą niesamodzielną. Decyduje wówczas kolejność złożonych wniosków. W przypadku odmowy wypłaty zwrotu kosztów opieki uczestnik/uczestniczka nie może dochodzić z tego tytułu żadnych roszczeń.
4. O wysokości kwoty lub braku zwrotu kosztów Uczestników Projektu CMP Sp. zo.o. informuje tel lub osobiście.
5. Dokumentacja niekompletna i nieprawidłowo sporządzona nie podlega rozpatrzeniu i rozliczeniu.
12. CMP Sp. z o.o. dokona zwrotu kosztów najpóźniej w **terminie 20 dni od dnia** złożenia kompletu dokumentów potwierdzających poniesione wydatki. CMP Sp. zo.o. 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).
13. Zwrot kosztów opieki dokonywany jest za okresy miesięczne.
14. Zwrot kosztów opieki nie przysługuje:
 - a) za dni niepotwierdzone podpisem na listach obecności w ramach projektu dotyczących usł zdrowotnych lub działań inf - edukacyjnych dotyczące tematyki RPZ dla danej osoby
 - b) w przypadku dokumentów nieczytelnych.

§ 4
POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Uczestnik Projektu ubiegający się o zwrot kosztów opieki nad osobą niesamodzielną którą opiekuje się osoba korzystająca z wsparcia jest zobowiązany do respektowania zasad niniejszego Regulaminu.
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszym Regulaminem decyduje CMP Sp. z o. o.
3. Beneficjent zastrzega sobie prawo zmiany niniejszego Regulaminu w trakcie trwania projektu o czym niezwłocznie poinformuje Uczestników Projektu
4. Regulamin wchodzi w życie z dniem 01.06.2018 roku.

Załączniki:

Załącznik nr 1 Wniosek o zwrot kosztów zapewnienia opieki nad osobą niesamodzielną którą opiekuje się osoba korzystająca z wsparcia

Załącznik nr 2 Oświadczenie o braku podwójnego finansowania



Załącznik nr 1

**WNIOSEK O ZWROT KOSZTÓW ZAPEWNIENIA OPIEKI NAD OSOBĄ
NIESAMODZIELNĄ KTÓRĄ OPIEKUJE SIĘ OSOBA KORZYSTAJĄCA Z WSPARCIA**
realizowany w ramach projektu pn „Profilaktyka i rehabilitacja osób z dysfunkcjami narządu ruchu
utrudniającymi wykonanie pracy zawodowej w CMP Sp z o.o.”
współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego
w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego 2014 – 2020
8 Oś Priorytetowej Rynek pracy,
Działanie 8.6 Wsparcie na rzecz wydłużania aktywności zawodowej,
Poddziałanie 8.6.2 Programy zdrowotne, z Europejskiego Funduszu Społecznego
Nr projektu RPMP.08.06.02-12-0182/18-00

Ja, niżej podpisany/a,

.....
(imię i nazwisko Uczestnika/Uczestniczki)

numer PESEL:

.....
(numer PESEL)

zamieszkały/a:

.....
(adres zamieszkania Uczestnika/Uczestniczki)

oświadczam, że w związku z uczestnictwem w działaniach realizowanych w ramach projektu pn „Profilaktyka i rehabilitacja osób z dysfunkcjami narządu ruchu utrudniającymi wykonanie pracy zawodowej w CMP Sp z o.o.” , współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, poniosłem/łam koszty związane z opieką nad osobą niesamodzielną

.....
(imię i nazwisko osobą niesamodzielną)

14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
RAZEM KOSZT OPIEKI NAD OSOBĄ NIESAMODZIELNĄ W MIESIACU W ZWIĄZKU Z UDZIAŁEM W PROJEKCIE								

W związku z powyższym wnoszę o zwrot kosztów opieki nad osobą niesamodzielną w wysokości: zł

(słownie:..... zł)

Zwrotu kosztów proszę dokonać na rachunek bankowy:

Imię i nazwisko posiadacza rachunku:

.....,
.....,

Adres posiadacza rachunku:.....

.....,
.....,

Numer rachunku bankowego:

.....

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.

W załączeniu przedkładam:

1.,
2.,
3.,
4.,
5.,
6.,
7.,
8.,
9.,

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis Uczestnika projektu)

Wypełnia Beneficjent Projektu

Przyznano zwrot kosztów opieki w wymiarze h za miesiąc:

w wysokości: zł.

Do rozliczenia przyjęto:

Koszt opłaty za pobyt w (nazwa placówki).....

w wysokości : zł.

Koszt 1h opieki (nie wyższy niż 15 zł/h brutto)

w wysokości: zł.

liczbę godzin wsparcia (potwierdzonych podpisem na liście obecności): h

Wyliczenie kosztów:

.....
.....

Uwagi dodatkowe:

.....
.....

Sporządził Zatwierdził

(data i podpis)

(data i podpis)



Załącznik nr 2

Miejscowośćdnia

Imię i nazwisko:

Adres:

PESEL

OŚWIADCZENIE O BRAKU PODWÓJNEGO FINANSOWANIA

Dotyczy: zapewnienie opieki nad osobą niesamodzielną którą opiekuje się osobą korzystającą z usług zdrowotnej lub działań inf - edukacyjnych dotyczące tematyki RPZ dla danej osoby w czasie jej korzystania ze wsparcia oraz czasu dojazdu na wsparcie i z wsparcia

W związku z moim udziałem w projekcie pn „*Profilaktyka i rehabilitacja osób z dysfunkcjami narządu ruchu utrudniającymi wykonanie pracy zawodowej w CMP Sp z o.o.*” współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego 2014 – 2020, 8 Oś Priorytetowej Rynek pracy, Działanie 8.6 Wsparcie na rzecz wydłużania aktywności zawodowej, Poddziałanie 8.6.2 Programy zdrowotne, Nr projektu RPMP.08.06.02-12-0182/18

Oświadczam, że przedstawione dokumenty dotyczące wydatków kwalifikowalnych w zakresie ZWROTU KOSZTÓW OPIEKI NAD OSOBĄ NIESAMODZIELNĄ

nie podlegają, nie podlegały w przeszłości oraz nie będą w przyszłości przedłożone do rozliczenia jakichkolwiek projektów finansowanych z innych zewnętrznych źródeł finansowania oraz że uzyskanie finansowania w ramach niniejszego projektu jest jednoznaczne z rezygnacją z ubiegania się o dofinansowanie z innych źródeł.

.....
Data i czytelny podpis uczestnika projektu