



**WNIOSEK O ZWROT KOSZTÓW DOJAZDU  
ŚRODKAMI KOMUNIKACJI PUBLICZNEJ\*  
SAMOCHODEM PRYWATNYM\*  
UCZESTNIKA PROJEKTU DDOM**

**NUMER DOKUMENTU: ...1/ NAZWISKO/ MIESIAC/ ROK**

Ja niżej podpisana/y .....  
(imię i nazwisko uczestnika projektu)

legitymująca/y się dowodem osobistym serii i nr .....wydanym

przez..... o numerze PESEL .....zamieszkała/y w

.....  
(adres zamieszkania)

oświadczam, że w związku z moim pobytem W DDOM CMP Sp. z o.o. w dniach .....  
w ramach projektu pod tytułem „Stworzenie przez CMP Sp. z o.o. DDOM stanowiącego formę opieki skierowanej do osób niesamodzielnych, w szczególności do osób powyżej 65 r.ż., których stan zdrowia nie pozwala na pozostawanie wyłącznie pod opieką podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, a jednocześnie nie wymaga całodobowego nadzoru lekarskiego i pielęgniarskiego realizowanego w trybie stacjonarnym”:

1. Dojeżdżałem/am z miejsca zamieszkania do DDOM i z DDOM do miejsca zamieszkania, tj. na tra  
sie: .....

środkami komunikacji publicznej (miejskiej) w okresie od ..... do .....

....., tj. przez: ..... dni, korzystając z biletów:

normalnych/ulgowych\*, biletu miesięcznego normalnego/ulgowego<sup>1\*</sup>.

2. Dojeżdżałem/am z miejsca zamieszkania do DDOM i z DDOM do miejsca zamieszkania, tj. na tra  
sie: .....

w okresie od ..... do ....., tj. przez: ..... dni

samochoodem prywatnym m-ki ....., nr rej. ....



należącym do .....\*

3. Koszt dojazdu publicznym środkiem transportu w obie strony na ww. trasie, w tym okresie wyniósł.....zł, koszt ten potwierdzam załączonymi biletami<sup>1</sup> z odbytych dojazdów\*.

4. Koszt dojazdu środkami dojazdu samochodem prywatnym na ww. trasie w tym okresie wyniósł: ..... zł (do wyliczenia należy przyjmować cenę biletów komunikacji publicznej za jeden dzień przy przejeździe w obie strony, zgodnie z cennikiem biletów II klasy obowiązującym we wskazanym miesiącu na obszarze Gminy Kraków, jakie przysługują uczestnikowi według posiadanych uprawnień do korzystania ze środków tego transportu)\*.

**Osoby korzystające ze wsparcia w DDOM w razie potrzeby mogą uzyskać za pośrednictwem podmiotu leczniczego zwrot kosztów dojazdu w formie refundacji, jeżeli faktycznie wystąpiły, z miejsca zamieszkania do DDOM i powrotu z DDOM do miejsca zamieszkania na terenie Gminy Kraków środkami transportu publicznego szynowego lub kołowego względnie z wykorzystaniem samochodu prywatnego, w obu przypadkach do wysokości kosztów zakupu biletów komunikacji publicznej zgodnie z cennikiem biletów II klasy obowiązującym na obszarze tej Gminy.**

Do niniejszego wniosku dołączam wydruk komputerowy potwierdzający koszt zakupu biletu komunikacji publicznej zgodnie z cennikiem biletów II klasy obowiązującym we wskazanym miesiącu na obszarze Gminy Kraków, przy uwzględnieniu posiadanych przeze mnie uprawnień do korzystania ze środków tego transportu (obowiązuje przy dojazdach samochodem prywatnym)\*.

Uzasadnienie korzystania przy dojeździe do DDOM z samochodu prywatnego\*:

.....  
.....  
.....

Proszę o zwrot kosztów dojazdu w wysokości.....zł. Zwrotu kosztów dojazdu proszę dokonać na rachunek:

.....  
(Dane właściciela rachunku)

.....  
(Numer rachunku)

.....  
(Data i podpis uczestnika/członka rodziny/ opiekuna faktycznego)

Potwierdzam zasadność i prawidłowość danych zamieszczonych w niniejszym wniosku.

<sup>1</sup> Należy dołączyć oryginalne bilety (w obie strony) za każdy dzień pobytu w DDOM lub oryginał faktury/paragonu zakupu biletu okresowego.



.....  
(Data i podpis kierownika zespołu terapeutycznego)

\*) **niepotrzebne skreślić**



Centrum Medycyny Profilaktycznej

**Centrum Medycyny Profilaktycznej Sp. z o. o.**

30-106 Kraków, ul. Bolesława Komorowskiego 12

NIP: 677-21-94-473, REGON: 356537106

Sekretariat: 012-421-34-55 fax: 012-421-34-66

[www.cmp.krakow.pl](http://www.cmp.krakow.pl), e-mail: [sekretariat@cmp.krakow.pl](mailto:sekretariat@cmp.krakow.pl)



Centrum Medycyny Profilaktycznej

**Centrum Medycyny Profilaktycznej Sp. z o. o.**

30-106 Kraków, ul. Bolesława Komorowskiego 12

NIP: 677-21-94-473, REGON: 356537106

Sekretariat: 012-421-34-55 fax: 012-421-34-66

[www.cmp.krakow.pl](http://www.cmp.krakow.pl), e-mail: [sekretariat@cmp.krakow.pl](mailto:sekretariat@cmp.krakow.pl)