ZASADY ROZLICZANIA KOSZTÓW OPIEKI NAD DZIECKIEM
DO LAT 7 LUB OSOBĄ ZALEŻNĄ
w projekcie ,,Integracja w Polsce", nr. FEDS.07.06-IP.02-0035/24

współfinansowanym przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, program Fundusze Europejskie dla Dolnego Śląska 2021-2027. Priorytet 7 - Fundusze Europejskie na rzecz rynku pracy i włączenia społecznego na Dolnym Śląsku. Działanie 7.6 – Integracja migrantów.

Realizator projektu: CONCEPT CAZ Sp. z o.o., ul. Brzozowa 3b/4, 52-200 Wysoka,
Biuro projektu ul. Wyścigowa 18/2, 53-012 Wrocław

§1
OGÓLNE INFORMACJE

Niniejszy Regulamin określa szczegółowe zasady rozliczania kosztów zapewnienia opieki nad dzieckiem/dziećmi do lat 7 lub osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu podczas realizowania form wsparcia, umożliwiających uzyskanie refundacji kosztów opieki w Projekcie „Integracja w Polsce".

§2
DEFINICJE

Ilekroć jest w regulaminie mowa o:

a) **Projekcie-** należy przez to rozumieć projekt „Integracja w Polsce" nr FEDS.07.06-IP.02-0035/24 współfinansowanym przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, program Fundusze Europejskie dla Dolnego Śląska 2021-2027. Priorytet 7 - Fundusze Europejskie na rzecz rynku pracy i włączenia społecznego na Dolnym Śląsku. Działanie 7.6 – Integracja migrantów.

b) **Realizatorze projektu** – CONCEPT CAZ Sp. z o.o., ul. Brzozowa 3b/4, 52-200 Wysoka, biuro projektu ul. Wyścigowa 18/2, 53-012 Wrocław .

c) **Uczestniczka projektu** – należy przez to rozumieć kandydatkę zakwalifikowaną do Projektu pt. „Integracja w Polsce", z którą została podpisana umowa uczestnictwa w projekcie.

d) **Formy wsparcia umożliwiające uzyskanie refundacji kosztów opieki** - rozumie się jako kurs języka polskiego, szkolenie zawodowe oraz staże zawodowe.

e) **Osoba zależna** - Osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu – osoba, która ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.

f) **Dziecko**– rozumiane jest jako dziecko własne, przysposobione lub dziecko znajdujące się pod opieką prawną do lat 7 - do dnia ukończenia przez dziecko 7 roku życia.

§ 3
ROZLICZENIE KOSZTÓW OPIEKI NAD DZIECKIEM/OSOBĄ ZALEŻNĄ

1. Uczestniczce projektu przysługuje możliwość rozliczenia kosztów opieki nad dzieckiem lub osobą zależną w postaci refundacji tych kosztów, w ramach uczestnictwa w poniższych formach wsparcia:

- Zadanie 3 – Kursy z języka polskiego,
- Zadanie 4 – Szkolenia zawodowe,

Zadanie 5 – Staże.

na następujących zasadach:

1.1 zwrot kosztów opieki wypłacany będzie w rozliczeniu miesięcznym na podstawie załączonego wniosku, stanowiącego załącznik nr 1a lub 1b niniejszego Regulaminu,

1.2 zwrot ma charakter refundacji i obejmuje koszty:

a) opłaty za pobyt dziecka (dzieci) w przedszkolu, żłobku lub innej instytucji uprawnionej do sprawowania opieki nad dziećmi,
b) opłaty za opiekę nad dzieckiem (dziećmi) świadczoną w ramach umowy cywilnoprawnej zawartej z osobą fizyczną, która nie jest spokrewniona ze zleceniodawcą ani z dzieckiem zleceniodawcy (dotyczy następujących stopni pokrewieństwa: rodzic, babcia, dziadek, rodzeństwo, ciocia, wujek) i nie zamieszkuje pod tym samym adresem, co zleceniodawca,
c) opłaty za pobyt osoby zależnej w instytucji świadczącej usługi opiekuńcze,
d) opłaty za opiekę nad osobą zależną świadczoną w ramach umowy cywilnoprawnej zawartej z osobą fizyczną, która nie jest spokrewniona ze zleceniodawcą ani osobą zależną (dotyczy następujących stopni pokrewieństwa: rodzic, babcia, dziadek, rodzeństwo, ciocia, wujek).

2. Refundacja przysługuje w okresie wsparcia. W projekcie przyjęto stawkę:

a) 700 zł/osobo miesiąc w przypadku staży oraz szkolenia zawodowego,
b) 30zł/godzina w przypadku kursu języka polskiego.

3. Uczestniczka projektu ubiegająca się o refundację kosztów opieki nad dzieckiem lub osobą zależną jest zobowiązana przedstawić wniosek stanowiący załącznik 1a lub 1b do niniejszego Regulaminu wraz z dokumentami potwierdzającymi sprawowanie opieki nad dzieckiem/osobą zależną:

a) nad dzieckiem/dziećmi do 7 roku życia – kopia aktu urodzenia,
b) nad osobą zależną – dokument potwierdzający konieczność sprawowania stałej opieki nad osobą ze względu na jej stan zdrowia lub wiek oraz dokument potwierdzający stopień pokrewieństwa lub powinowactwa lub oświadczenie o pozostawaniu we wspólnym gospodarstwie domowym,
c) oświadczenie o braku możliwości zapewnienia bezpłatnej opieki na czas uczestnictwa w projekcie,
d) dokumenty potwierdzające koszty związane z opieką nad dzieckiem (np. kopia umowy z przedszkolem, żłobkiem lub inną instytucją, kopia umowy cywilno-prawnej dotyczącej świadczenia usługi opieki nad dzieckiem itp.)

e) dokumenty potwierdzające koszty związane z opieką nad osobą zależną (np. kopia umowy z instytucją świadczącą usługi opiekuńcze, kopia umowy cywilno-prawnej dotyczącej świadczenia usługi opieki nad osobą potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, itp.)

f) udokumentowanie poniesienia wydatku związanego z opieką nad dzieckiem lub osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu (np. opłacone rachunki za przedszkole, żłobek lub za inne instytucje, w tym opiekuńcze sprawujące opiekę nad dzieckiem/dziećmi/osobą zależną i dokumenty potwierdzające poniesienie kosztów z tytułu umowy cywilno-prawnej zawartej z osobą/osobami fizycznymi wraz z dokumentem potwierdzającym odprowadzenie odpowiednich składek i opłat, w tym m.in. potwierdzenie przelewu, dowody wpłaty, określające dane osoby opłacającej rachunki (tj. Uczestnika/czki projektu) oraz dane dziecka/dzieci lub osoby zależnej, a także miesiąc, którego dotyczy.

4. Dokumenty, o których mowa w ust. 3, Uczestniczka projektu powinna złożyć w terminie nie dłuższym niż 10 dni roboczych po zakończeniu każdego miesiąca, w którym korzystała z formy wsparcia umożliwiającej refundację kosztów opieki (tj. po miesiącu szkolenia zawodowego, stażu i/lub kursu języka polskiego).

5. Przedłużenie wskazanego powyżej terminu możliwe jest tylko na pisemny wniosek Uczestniczki projektu po uprzednim zaakceptowaniu przez Koordynatora projektu.

6. Refundacja kosztów opieki nad dzieckiem/osobą zależną jest wypłacana po dokonaniu weryfikacji przedstawionych dokumentów, w formie bezgotówkowej, na konto wskazane przez Uczestniczkę Projektu we wniosku o refundację kosztów opieki, do maksymalnej stawki określonej w ramach budżetu projektu (**w projekcie przyjęto stawkę 700 zł/osobomiesiąc i 30zł/h podczas kursu języka polskiego)** w terminie 10 dni roboczych po pozytywnej ocenie wniosku wraz z wymaganymi dokumentami.

7. Wysokość zwrotu kosztów opieki nad dzieckiem/osobą zależną jest liczona proporcjonalnie do czasu uczestnictwa uczestniczki projektu w formach wsparcia w ramach projektu. Uczestniczce projektu jest należny zwrot kosztów opieki za każdy dzień obecności na stażu zawodowym oraz za każdy dzień uczestnictwa w szkoleniu zawodowym oraz za każdą godzinę uczestnictwa w kursie języka polskiego.

8. Warunkiem otrzymania zwrotu kosztów opieki nad dziećmi lub osobą zależną, jest potwierdzona obecność Uczestniczki na szkoleniach zawodowych/stażu zawodowymi kursie języka polskiego w postaci podpisu na liście obecności.

9. Realizator informuje, że termin płatności refundacji kosztów opieki, ostatecznie uzależniony jest od terminu wpłynięcia na konto Realizatora środków przeznaczonych na pokrycie wydatków związanych z realizacją projektu na etapie, w którym brała udział w nim Uczestniczka projektu i może ulec opóźnieniom.

10.Uczestniczce projektu nie przysługują żadne roszczenia związane z opóźnieniem wypłaty refundacji kosztów opieki, które wynikają z zapisów w ust. 9.

11. Refundacja nie przysługuje w przypadku przerwania udziału w projekcie.

Załącznik 1a

.....

miejscowość, data

.....
nazwisko i imię

.....
adres zamieszkania

.....

PESEL: .....

Wniosek o zwrot kosztów opieki dzieckiem/dziećmi

Ja niżej podpisany/a ..... **wnioskuję o dokonanie refundacji ponoszonych przeze mnie kosztów opieki nad dzieckiem/dziećmi:**

1. imię i nazwisko

..... data ur. .....

2. imię i nazwisko

.....data ur. .....

3. imię i nazwisko

.....data ur. .....

za okres od ..... do ..... ,

podczas mojego uczestnictwa we wsparciu udzielonym w ramach projektu „Integracja w Polsce”:

□ ……., w wymiarze godzin……

□ ……., w wymiarze godzin……

□ ……., w wymiarze godzin……

Za łączny okres uczestnictwa w w/w wsparciu tj. od ..... do ..... r. z tytułu opieki nad dzieckiem/dziećmi poniosłam koszty w łącznej wysokości ..... zł.

Należną kwotę zwrotu kosztów proszę przekazać na mój rachunek bankowy:

Nazwa banku: ……..

Numer konta:

<u>Załączniki</u>:

1. Kopia/kopie aktu urodzenia dziecka/dzieci
2. Dokumenty potwierdzające wysokość poniesionych kosztów z tytułu opieki nad dzieckiem/dziećmi (m.in. opłacone rachunki za przedszkole, żłobek lub za inne instytucje sprawujące opiekę nad dzieckiem/dziećmi lub dokumenty potwierdzające poniesienie kosztów z tytułu umowy cywilno-prawnej zawartej z osobą/osobami fizycznymi wraz z dokumentem potwierdzającym odprowadzenie odpowiednich składek i opłat, w tym m.in. potwierdzenie przelewu, dowody wpłaty)

.....
data i czytelny podpis

Jednocześnie oświadczam, że:

1. Nie miałem/am możliwości zapewnienia innej bezpłatnej opieki na czas uczestnictwa w projekcie.
2. Dziecko/dzieci przebywa/ją ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym (*).
3. Opiekun/opiekunka sprawująca opiekę nad dzieckiem/dziećmi nie jest ze mną spokrewniona (*).
4. Zapoznałam się i akceptuję warunki przyznawania refundacji kosztów opieki nad dzieckiem/dziećmi.
5. Wszystkie dane zawarte we wniosku są prawdziwe.

(*) jeśli dotyczy. Jeśli nie dotyczy, proszę przekreślić.

.....
data i czytelny podpis

Wypełnia Koordynator projektu

Osoba wnioskująca …….

uczestniczyła we wsparciu ……. ,

w okresie od…….do……., łącznie……dni (dane na podstawie listy obecności na zajęciach) i złożyła dokumenty potwierdzające wiek dziecka/dzieci wraz z dokumentami potwierdzającymi wysokość poniesionych kosztów z tytułu opieki.

Refundacji podlega kwota:…… zł z tytułu opieki nad dzieckiem/dziećmi.

Ogółem do zwrotu …… zł

(słownie: …… ……).

Sporządził:

…… ……

miejscowość, data — podpis Koordynatora projektu

Załącznik 1b

.....
miejscowość, data

.....
nazwisko i imię

.....
adres zamieszkania

.....

PESEL: .....

Wniosek o zwrot kosztów opieki nad osobą zależną

Ja niżej podpisany/a ..... **wnioskuję o dokonanie refundacji ponoszonych przeze mnie kosztów opieki nad osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu (osobą zależną)**

1. imię i nazwisko osoby zależnej

   .....

2. imię i nazwisko osoby zależnej

   .....

za okres od ..... do ..... ,

podczas mojego uczestnictwa we wsparciu udzielonym w ramach projektu „Integracja w Polsce”:

□ ……., w wymiarze godzin……

□ ……., w wymiarze godzin……

□ ……., w wymiarze godzin……

Za łączny okres uczestnictwa w w/w wsparciu tj. od ..... do ..... r.

z tytułu opieki nad osobą zależną poniosłem/am koszty w łącznej wysokości ..... zł.

Należną kwotę zwrotu kosztów proszę przekazać na mój rachunek bankowy:

Nazwa banku: ……..

Numer konta:

<u>Załączniki</u>:

1. Dokument potwierdzający konieczność sprawowania stałej opieki nad osobą ze względu na jej stan zdrowia lub wiek.
2. Dokument potwierdzający stopień pokrewieństwa lub powinowactwa lub oświadczenie o pozostawaniu we wspólnym gospodarstwie domowym.
3. Dokumenty potwierdzające wysokość poniesionych kosztów z tytułu opieki nad osobą zależną (m.in. opłacone rachunki za instytucje sprawujące opiekę nad osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu lub dokumenty potwierdzające poniesienie kosztów z tytułu umowy cywilno-prawnej zawartej z osobą/osobami fizycznymi wraz z dokumentem potwierdzającym odprowadzenie odpowiednich składek i opłat, w tym m.in. potwierdzenie przelewu, dowody wpłaty)

.....

data i czytelny podpis

Jednocześnie oświadczam, że:

1. Nie miałem/am możliwości zapewnienia innej bezpłatnej opieki na czas uczestnictwa w projekcie.
2. Z osobą zależną pozostaję (zaznaczyć właściwe):
   - □ w powiązaniu więzami rodzinnymi lub powinowactwem: ……(wskazać stopień pokrewieństwa)
   - □ we wspólnym gospodarstwie domowym
3. Opiekun/opiekunka sprawująca opiekę nad osobą zależną nie jest ze mną spokrewniona (*).
4. Zapoznałam się i akceptuję warunki przyznawania refundacji kosztów opieki nad dzieckiem/dziećmi.
5. Wszystkie dane zawarte we wniosku są prawdziwe.

(*) jeśli dotyczy. Jeśli nie dotyczy, proszę przekreślić.

.....

data i czytelny podpis

Wypełnia Koordynator projektu

Osoba wnioskująca …….

uczestniczyła we wsparciu ……. ,

w okresie od…….do……., łącznie……dni (dane na podstawie listy obecności na zajęciach) i złożyła wymagane dokumenty potwierdzające konieczność zapewnienia opieki osobie zależnej wraz z dokumentami potwierdzającymi wysokość poniesionych kosztów z tytułu opieki.

Refundacji podlega kwota:…… zł z tytułu opieki nad osobą zależną.

Ogółem do zwrotu …… zł

(słownie: …… ……).

Sporządził:

…… ……

miejscowość, data | podpis Koordynatora projektu