**ZASADY  
ROZLICZANIA KOSZTÓW OPIEKI NAD DZIECKIEM DO LAT 7 LUB OSOBĄ POTRZEBUJĄCĄ WSPARCIA W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU**

**w projekcie „Nowy kraj – nowy start”**

**realizowanego w ramach Poddziałania 8.2 Wsparcie osób poszukujących pracy**

**Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020.**

**Nr projektu RPDS.08.02.00-02-0010/22**

Realizator projektu: BRC CONSULTING Renata Różycka, ul. Brzozowa 3b/4, 52-200 Wysoka w partnerstwie z CODE TRAINING sp. z o.o., ul. Drzymały 14/4, 59-225 Chojnów.

**§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, umożliwiające uzyskanie refundacji kosztów opieki w Projekcie „Nowy kraj – nowy start”.

**§2**

**DEFINICJE**

Ilekroć jest w regulaminie mowa o:

a)  **Projekcie-** należy przez to rozumieć projekt „Nowy kraj - nowy start” realizowany przez BRC CONSULTING Renata Różycka w partnerstwie z CODE TRAINING sp. z o.o. i współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Działania 8.Wsparcie osób poszukujących pracy , Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020.

b)  **Realizatorze projektu** – BRC CONSULTING Renata Różycka, ul. Brzozowa 3b/4, 52-200 Wysoka w partnerstwie z CODE TRAINING sp. z o.o., ul. Drzymały 14/4, 59-225 Chojnów.

c)  **Uczestniczka projektu** – należy przez to rozumieć kandydatkę zakwalifikowaną do Projektu „Nowy kraj – nowy start”, z którą została podpisana umowa uczestnictwa w projekcie.

d)  **Formy wsparcia umożliwiające uzyskanie refundacji kosztów opieki** - rozumie się szkolenie z języka polskiego, szkolenie zawodowe, 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**

1. Uczestniczce projektu przysługuje możliwość rozliczenia kosztów opieki nad dzieckiem lub osobą zależną w postaci refundacji kosztów opieki nad dzieckiem lub dziećmi do lat 7 lub osobą potrzebującą̨ wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, w ramach uczestnictwa w szkoleniach (z języka polskiego i zawodowych) oraz stażach zawodowych 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:

1. opłaty za pobyt dziecka (dzieci) w przedszkolu, żłobku lub innej instytucji uprawnionej do sprawowania opieki nad dziećmi,
2. 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,
3. 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. Warunkiem refundacji kosztów jest przyznanie prawa do zwrotu kosztów opieki nad dzieckiem/osobą zależną przez Realizatora projektu, oraz wskazanie do skorzystania z danej formy wsparcia w Indywidualnym Planie Działania sporządzonym dla Uczestniczki projektu.

3. Refundacja przysługuje w okresie realizacji wsparcia szkoleń i staży zawodowych i nie może przekroczyć połowy wartości zasiłku, o którym mowa w art. 72 ust. 1 pkt 1 Ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy na każde dziecko/osobę zależną (**w projekcie przyjęto stawkę 600 zł/miesiąc).**

4. 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:

1. dzieckiem/dziećmi do 7 roku życia – kopia aktu urodzenia,
2. 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,
3. 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.)
4. dokumenty potwierdzające koszty związane z opieką nad osobą zależną (np. kopia umowy cywilno-prawnej dotyczącej świadczenia usługi opieki nad osobą potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, itp.)
5. 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 sprawujące opiekę nad dzieckiem/dziećmi, 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. Uczestniczki projektu) oraz dane dziecka/dzieci lub osoby zależnej, a także miesiąc, którego dotyczy.

5. Dokumenty, o których mowa w ust. 4, Uczestniczka projektu powinna złożyć w terminie nie dłuższym niż 5 dni roboczych po zakończeniu każdego miesiąca, w którym korzystała z formy wsparcia umożliwiającej refundację kosztów opieki (tj. po miesiącu szkolenia z języka polskiego, szkolenia zawodowego i/lub stażu)

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

7. Refundacja kosztów opieki nad dzieckiem/osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu 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 600 zł/miesiąc)** i w terminie 10 dni roboczych po pozytywnej ocenie wniosku wraz z wymaganymi dokumentami.

8. Wysokość zwrotukosztów opieki nad dzieckiem/osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu 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.

9. Warunkiem otrzymania zwrotu kosztów opieki nad dziećmi lub osobą zależną, jest potwierdzona obecność Uczestniczki na szkoleniach/stażu w postaci podpisu na liście obecności.

10. 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.

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

12. 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 podpisana ………………………………………………………………………………………………… **wnioskuję o dokonanie refundacji ponoszonych przeze mnie kosztów opieki nad dzieckiem/dziećmi:**

1. imię i nazwisko

…………………………………………………………………………….……………………..……… data ur. .............................................................................................

1. imię i nazwisko

…………………………………………………………………………….……………………..……… data ur. .............................................................................................

1. imię i nazwisko

…………………………………………………………………………….……………………..……… data ur. .............................................................................................

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

podczas mojego uczestnictwa we wsparciu udzielonym w ramach projektu „Nowy kraj – nowy start” :  
[ ] szkolenie z języka polskiego, w okresie od…………………..do……………………  
[ ] szkolenie zawodowe, w okresie od…………………..do……………………  
[ ] staż zawodowy, w okresie od…………………..do……………………

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:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Załączniki:**

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. Dziecko/dzieci przebywa/ją ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym (\*).
2. Opiekun/opiekunka sprawująca opiekę nad dzieckiem/dziećmi nie jest ze mną spokrewniona (\*).
3. Zapoznałam się i akceptuję warunki przyznawania refundacji kosztów opieki nad dzieckiem/dziećmi.
4. 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 potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu

Ja niżej podpisana ………………………………………………………………………………………………… **wnioskuję o dokonanie refundacji ponoszonych przeze mnie kosztów opieki nad osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu (osobą zależną)**

1. imię i nazwisko osoby zależnej

…………………………………………………………………………….………………………..……..………

1. imię i nazwisko osoby zależnej

…………………………………………………………………………….……………………..………..………

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

podczas mojego uczestnictwa we wsparciu udzielonym w ramach projektu „Nowy kraj – nowy start” :  
[ ] szkolenie z języka polskiego, w okresie od…………………..do……………………  
[ ] szkolenie zawodowe, w okresie od…………………..do……………………  
[ ] staż zawodowy, w okresie od…………………..do……………………

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

Należną kwotę zwrotu kosztów proszę przekazać na mój rachunek bankowy:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Załączniki:**

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. Z osobą zależną pozostaję (zaznaczyć właściwe):

* w powiązaniu więzami rodzinnymi lub powinowactwem:

……………………………………………………………………………(wskazać stopień pokrewieństwa)

* we wspólnym gospodarstwie domowym

1. Opiekun/opiekunka sprawująca opiekę nad osobą zależną nie jest ze mną spokrewniona (\*).
2. Zapoznałam się i akceptuję warunki przyznawania refundacji kosztów opieki nad dzieckiem/dziećmi.
3. 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