

## REGULAMIN DOFINANSOWANIA KOSZTÓW OPIEKI NAD NIEPEŁNOSPRAWNĄ OSOBĄ ZALEŻNĄ W RAMACH PROJEKTU „ZROZUMIENIE, KOMUNIKACJA, WSPARCIE – SZKOLENIA DLA OTOCZENIA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ”

dofinansowanego z funduszy PFRON w ramach zadań wynikających z art. 36 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych – konkurs nr 1/2022 „Działamy razem”

Nr umowy ZZO/000343/14/D

### § 1

#### POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Niniejszy Regulamin określa zasady dofinansowania kosztów opieki nad **niepełnosprawną osobą zależną** podczas szkoleń realizowanych w ramach projektu „ZROZUMIENIE, KOMUNIKACJA, WSPARCIE – SZKOLENIA DLA OTOCZENIA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ”.
2. Projekt dofinansowany jest przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w ramach zadań wynikających z art. 36 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych – konkurs nr 1/2022 „Działamy razem”.
3. Realizatorem projektu pn. „ZROZUMIENIE, KOMUNIKACJA, WSPARCIE – SZKOLENIA DLA OTOCZENIA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ” jest Stowarzyszenie na rzecz Rozwoju Spółdzielczości i Przedsiębiorczości Lokalnej WAMA – COOP, ul. Mickiewicza 21/23, lok. 305, 10-508 Olsztyn.

### § 2

#### WARUNKI WYPŁATY DOFINANSOWANIA

1. Dofinansowanie kosztów opieki nad niepełnosprawną osobą zależną może zostać wypłacone jedynie tym Uczestnikom projektu, którzy nie posiadają innej możliwości zapewnienia opieki nad swoim podopiecznym.
2. Dofinansowanie poniesionych kosztów opieki dokonywane będzie **na wniosek Uczestnika projektu**, którego wzór stanowi Załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu. Wniosek należy złożyć w biurze Realizatora projektu lub przesłać pocztą (decyduje data stempla pocztowego) **w ciągu 15 dni roboczych od dnia realizacji szkolenia** (jednak nie później niż do 28.02.2024 r.) wraz z załącznikami, o których mowa w § 3 niniejszego Regulaminu.
3. Niezłożenie wniosku jest równoznaczne z rezygnacją z ubiegania się o zwrot kosztów opieki nad niepełnosprawną osobą zależną. O przyznaniu wsparcia decyduje kolejność zgłoszeń.
4. Złożenie wniosku o zwrot kosztów opieki nad dzieckiem lub osobą zależną jest równoznaczne z zapoznaniem się i akceptacją niniejszego Regulaminu.
5. Za koszt opieki uznaje się:
  - 1) koszty wynikające z umów cywilnoprawnych z uprawnionymi opiekunami, z wyłączeniem osób blisko spokrewnionych z uczestnikiem projektu lub osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym w czasie trwania działań projektowych,
  - 2) koszty opiekuna działającego na zasadzie samozatrudnienia.
  - 3) opłaty za pobyt w placówce, instytucji opiekuńczej uprawnionej do sprawowania opieki nad osobami niepełnosprawnymi w czasie trwania działań projektowych.
6. Opiekę nad osobą zależną sprawować może osoba posiadająca odpowiednie kwalifikacje i doświadczenie w opiece nad osobami niepełnosprawnymi.

### § 3

### WYMAGANE DOKUMENTY

1. Aby ubiegać się o zwrot kosztów opieki nad niepełnosprawną osobą zależną Uczestnik projektu zobowiązany jest do złożenia Wniosku o zwrot kosztów opieki nad niepełnosprawną osobą zależną stanowiący Załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu wraz z następującymi załącznikami:
  - 1) orzeczenia o stopniu niepełnosprawności osoby zależnej (jeśli nie było złożone na etapie rekrutacji do projektu);
  - 2) oświadczenia Uczestnika projektu potwierdzające fakt pozostawania osobą zależną we wspólnym gospodarstwie domowym;
  - 3) oświadczenia Uczestnika Projektu potwierdzające fakt połączenia więzami rodzinnymi lub powinowactwem z osobą zależną (jeśli nie zostało udokumentowane na etapie rekrutacji do projektu);
  - 4) **umowa cywilnoprawna z opiekunem** (osobą fizyczną z wyłączeniem osób blisko spokrewnionych z Uczestnikiem Projektu lub inną osobą pozostającą we wspólnym gospodarstwie domowym) zawierającej jednoznaczny informację na jaki dzień oraz liczbę godzin została zawarta (okres ten powinien pokrywać się z okresem uczestnictwa w szkoleniach).
  - 6) faktura VAT za pobyt niepełnosprawnej osoby zależnej w placówce specjalistycznej wystawiona na Uczestnika projektu. Faktura powinna zawierać datę sprawowania opieki pokrywającą się z terminem uczestnictwa w działaniach projektowych (dokument wymagany w przypadku gdy opiekę sprawować będzie organizacja będąca osobą prawną);
  - 7) Dowód zapłaty za sprawowanie opieki nad osobą zależną.
2. Realizator projektu może żądać złożenia przez Uczestnika dodatkowych dokumentów i oświadczeń, które należy dostarczyć w trybie i terminie ustalonym przez Realizatora.
3. Złożenie niekompletnego wniosku lub załączników w wyznaczonym terminie lub dokonania uzupełnienia wniosku o wymagane dokumenty lub oświadczenia skutkuje odmową dofinansowania kosztów opieki.

### § 4

#### PROCEDURA WYPŁATY DOFINANSOWANIA

1. Dofinansowanie kosztów opieki następuje po dokonaniu weryfikacji poprawności złożonego wniosku, wymaganych dokumentów oraz weryfikacji obecności Uczestnika podczas realizowanych szkoleń.
2. Wypłata dokonywana będzie na rachunek bankowy Uczestnika projektu wskazany w Załączniku nr 1 do niniejszego Regulaminu.
3. Wysokość dofinansowania wynosi średnio 300 zł brutto za każde zrealizowane szkolenie. Indywidualnie rozpatrywane będą przypadki wymagające opieki specjalistycznej, bardziej kosztownej.
4. W przypadku wyczerpania się środków w budżecie projektu na działania projektowe, Beneficjent zastrzega możliwość odmowy wypłaty kosztów opieki nad niepełnosprawną osobą zależną. Decyduje wówczas kolejność złożonych wniosków. W przypadku odmowy wypłaty zwrotu kosztów opieki Uczestnik nie może dochodzić z tego tytułu żadnych roszczeń.

### § 5

#### POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Uczestnik projektu ubiegający się o dofinansowanie kosztów opieki nad niepełnosprawną osobą zależną zobowiązany jest do przestrzegania zasad niniejszego regulaminu.
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszym regulaminem decyduje Realizator projektu.
3. Realizator projektu zastrzega sobie prawo do zmiany treści niniejszego Regulaminu, a zakres zmian opublikowany zostanie na stronie internetowej <https://wamacoop.pl/>.
4. Realizator projektu ma prawo sprawdzić wiarygodność danych podanych przez Uczestnika projektu, prosić o dodatkowe dokumenty lub sprawdzić dane w odpowiednich instytucjach.

Załącznik nr 1 do Regulaminu zwrotu  
kosztów opieki nad osobą zależną

## **WNIOSEK O DOFINANSOWANIE KOSZTÓW OPIEKI NAD OSOBĄ ZALEŻNĄ**

w ramach projektu  
„Zrozumienie, komunikacja, wsparcie – szkolenia dla otoczenia osób  
z niepełnosprawnością”

Ja niżej podpisany/podpisana .....  
(imię i nazwisko Uczestnika/Uczestniczki projektu)

zamieszkały/zamieszkała .....  
(adres zamieszkania Uczestnika/Uczestniczki projektu)

nr PESEL ....., zwracam się z prośbą o zwrot kosztów

opieki nad osobą zależną: .....  
(imię i nazwisko niepełnosprawnej osoby zależnej)

podczas mojej obecności na szkoleniu .....  
(tytuł szkolenia)

w dniu ..... r. w .....  
(miejsce realizacji szkolenia)

Jednocześnie oświadczam, że:

- nie mam możliwości zapewnienia innej opieki nad osobą zależną w czasie mojego uczestnictwa w projekcie;
- z wyżej wskazaną niepełnosprawną osobą zależną pozostaję we wspólnym gospodarstwie domowym;
- zapoznałem/zapoznałam się z treścią REGULAMINU DOFINANSOWANIA KOSZTÓW OPIEKI NAD OSOBĄ ZALEŻNĄ W RAMACH PROJEKTU „ZROZUMIENIE, KOMUNIKACJA, WSPARCIE – SZKOLENIA DLA OTOCZENIA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ” i akceptuję jego warunki.

.....  
(czytelny podpis Uczestnika/Uczestniczki Projektu)

Załączniki:

- Umowa cywilnoprawna z uprawnionym opiekunem/organizacją;
- Potwierdzenie zapłaty za opiekę (potwierdzenie przelewu);
- Inne (jakie?) .....
- .....
- .....

Załącznik nr 2 do Regulaminu zwrotu  
kosztów opieki nad osobą zależną

Wzór

**UMOWA ZLECENIA W ZAKRESIE SPRAWOWANIA OPIEKI NAD  
NIEPEŁNOSPRAWNĄ OSOBĄ ZALEŻNĄ**

Zawarta dnia ..... w ..... pomiędzy:  
(miejsowość)

1) matką/ojcem/opiekunem prawnym\* .....  
(imię i nazwisko)

PESEL ....., legitymującą(ym) się dowodem osobistym

seria ..... nr....., zam. ....  
(adres)

zwanym dalej Zleceniodawcą a

2) ..... PESEL .....  
(imię i nazwisko)

legitymującą(ym) się dowodem osobistym, seria ..... nr....., zam.

.....

(adres)  
zwaną(ym) dalej Zleceniobiorcą.

1. Zleceniodawca zleca, a Zleceniobiorca zobowiązuje się do osobistego sprawowania

opieki dnia ....., liczba godzin..... nad niepełnosprawną osobą  
zależną:

.....  
(imię i nazwisko niepełnosprawnej osoby zależnej)

podczas gdy Zleceniodawca będzie realizował szkolenie w ramach projektu  
pn. „Zrozumienie, komunikacja, wsparcie – szkolenia dla otoczenia osób z  
niepełnosprawnością”.

2. Za sprawowanie opieki ustala się wynagrodzenie w wysokości ..... zł.,  
słownie .....

3. Zleceniodawca zobowiązuje się wpłacać ustaloną kwotę w ciągu 7 dni od dnia  
wykonania zlecenia przelewem na rachunek bankowy Zleceniobiorcy o numerze:

.....  
4. Zleceniobiorca oświadcza, że posiada odpowiednie kwalifikacje i doświadczenie  
w opiece nad osobami niepełnosprawnymi

5. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu  
cywilnego.

6. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach.

.....  
Czytelny podpis Zleceniodawcy

.....  
Czytelny podpis zleceniobiorcy

\* niepotrzebne skreślić