PROCEDURA ZWROTU KOSZTÓW OPIEKI NAD OSOBĄ ZALEŻNĄ/ DZIECKIEM DO LAT 6

w projekcie *„Sektor Srebrny. Potencjał dla rynku pracy”*

nr projektu: FERS.04.03-IP.06-001/24

§1

1. W projekcie zaplanowano refundację kosztów opieki nad osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu tj. nad osobą zależną[1]/dzieckiem do lat 6 na następujące formy wsparcia:
   - warsztaty konsultacyjne.
2. Zaplanowane wsparcie ma na celu zapewnienie opieki nad osobą zależną/ dzieckiem do lat 6 Uczestnikowi/Uczestniczce Projektu na czas podejmowania przez niego aktywności mającej na celu zmianę jego statusu zawodowego na rynku pracy.
3. Kwota refundacji kosztów opieki nad osobą zależną/ dzieckiem do lat 6 uznana jest za kwalifikowalną w sytuacji, gdy opieka uniemożliwia Uczestnikowi/Uczestniczce wzięcie udziału we wsparciu realizowanym w ramach projektu *„Sektor Srebrny. Potencjał dla rynku pracy”*.
4. Podstawowym standardem wsparcia jest określenie czasu trwania wsparcia w godzinach. Przy czym 1 godzinę wsparcia należy rozumieć jako godzinę zegarową (60 minut).
5. Zapewnienie osobą zależną lub dzieckiem do lat 7 nastąpi w jednej z dwóch form:
   a. Uczestnik/Uczestniczka Projektu korzysta z opieki zapewnionej przez instytucję uprawnioną do sprawowania opieki nad dziećmi lub instytucję świadczącą usługi opiekuńcze - **dowodem poniesienia wydatku będzie opłacona faktura lub inny dokument księgowy o równoważnej wartości dowodowej wraz z dowodami zapłaty**.
      i. Co do zasady, koszt opieki wskazany na fakturze lub innym dokumencie księgowym powinien dotyczyć okresu uczestnictwa osoby korzystającej z ww. formy opieki w warsztatach konsultacyjnych. W związku z powyższym wysokość refundacji poniesionych kosztów na opiekę będzie proporcjonalna do liczby godzin (dni) warsztatów których dany uczestnik brał udział. Wyjątkowo, w przypadku braku możliwości rozliczenia tych kosztów za okres faktycznego uczestnictwa w formie wsparcia w projekcie, za koszt kwalifikowalny zostanie uznana całkowita kwota dokumentu księgowego obejmującego okres, za który został wystawiony tj. miesiąc.
   b. Uczestnik/Uczestniczka Projektu korzysta z opieki zapewnionej przez osobę zatrudnioną na podstawie umowy cywilnoprawnej np. opiekunkę (z wyłączeniem osób blisko spokrewnionych z Uczestnikiem/Uczestniczką Projektu lub osobą zależną):

[1] **Osoba zależna** to osoba wymagająca ze względu na stan zdrowia lub wiek stałej opieki, połączona więzami rodzinnymi lub powinowactwem z uczestnikiem projektu lub pozostająca z nim we wspólnym gospodarstwie domowym.

i. Dokumentem zapłaty powinien być rachunek do umowy cywilnoprawnej, ewentualnie faktura lub inny dokument księgowy.

ii. Co do zasady, koszt opieki wskazany na rachunku lub innym dokumencie księgowym powinien być tożsamy z okresem uczestnictwa osoby korzystającej z ww. formy opieki w warsztatach konsultacyjnych. Jeśli termin na dokumencie nie jest spójny z okresem uczestnictwa danej osoby w szkoleniu lub innej formy wsparcia, wysokość refundacji poniesionych kosztów na opiekę będzie proporcjonalna do liczby godzin/dni warsztatów konsultacyjnych, w których dany uczestnik brał udział.

6. W związku z powyższym istnieją dwa sposoby rozliczania kosztów opieki nad dziećmi lub osobami zależnymi:
   a. poprzez refundację wydatku poniesionego uprzednio przez uczestnika i udokumentowanego fakturą lub innym równoważnym dokumentem księgowym

   lub

   b. poprzez wystawienie faktury bezpośrednio na Beneficjenta i opłacenie jej przez Beneficjenta.
7. Koszt refundacji wynosi maksymalnie 28,10 zł brutto /godzinę.
8. Uczestnicy/Uczestniczki mogą uzyskać refundację kosztów opieki nad osobą zależną lub dzieckiem do lat 6 po zakończeniu udziału we wsparciu tylko w odniesieniu do liczby godzin, w których uczestniczyli podczas realizacji projektu, co będzie weryfikowane w oparciu o dokumenty projektowe np. harmonogram, listy obecności.
9. Refundacji podlegać będą koszty opieki nad osobą zależną lub dzieckiem do lat 6 w wysokości odpowiadającej faktycznym i udokumentowanym wydatkom, jednak do kwoty nie wyższej niż określona w ust. 7. pod warunkiem zawnioskowania przez Uczestnika o te środki.

§2

1. Wymagane dokumenty w procesie refundacji kosztów opieki nad osobą zależną:
   a. wniosek o refundację kosztów opieki nad osobą zależną [zgodnie z załącznikiem nr 1 do Procedury zwrotu kosztów opieki nad osobą zależną],
   b. odpis aktu urodzenia dziecka bądź dowodu osobistego dziecka do lat 6,
   c. orzeczenie o niepełnosprawności lub zaświadczenie lekarza o sprawowaniu opieki oraz dokument potwierdzający stopień pokrewieństwa lub powinowactwa,
   d. dowód poniesienia wydatku przez Uczestnika/Uczestniczki Projektu - opłacona imienna[2] faktura/rachunek lub inny dokument księgowy o równoważnej wartości dowodowej wraz z dowodami zapłaty.

§3

1. Refundacja kosztów opieki nad osobą zależną zostanie dokonany po dostarczeniu dokumentów i poprawnie wypełnionych oświadczeń, o których mowa w §2, po ukończeniu wsparcia lub nie później niż do 7 dni kalendarzowych od dnia jego zakończenia. Środki zostaną przekazane na rachunek bankowy wskazany w oświadczeniu.
2. **Dokumenty należy złożyć w Biurze projektu lub przesłać na jego adres**: ZWIĄZEK PRZEDSIĘBIORCÓW I PRACODAWCÓW z siedzibą w Warszawie (00-029), ul. Nowy Świat 33,

2 Tj. taka w której występuje imię i nazwisko Uczestnika/osoby zależnej

(biuro projektu „Sektor Srebrny. Potencjał dla rynku pracy”)

§4

1. Ostateczna kwota refundacji kosztów opieki nad osobą zależną uzależniona jest od dostępnych środków przeznaczonych na ten cel.
2. W sytuacji gdy całkowita wartość środków, o które wnioskować będą Uczestnicy/Uczestniczki, przekroczy dostępne środki przeznaczone na ten cel, Projektodawca zastrzega sobie prawo do pomniejszenia kwoty refundacji Uczestnikowi/Uczestniczce proporcjonalnie do ostatecznej kwoty środków lub nie przyjmowania wniosków o zwrot, przekraczających przeznaczone na ten cel środki.

Załączniki:

Załącznik nr 1 – Wniosek o refundację kosztów opieki nad osobą zależną

Załącznik nr 2 – Oświadczenie o numerze rachunku bankowego

Załącznik nr 1

WNIOSEK O REFUNDACJĘ KOSZTÓW OPIEKI NAD OSOBĄ ZALEŻNĄ/ DZIECKIEM DO LAT 6

Imię i nazwisko Uczestnika/ Uczestniczki..... płeć: K M

PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Telefon .....

Adres:.....
(kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu, nr mieszkania)

DANE DOTYCZĄCE OSOBY ZALEŻNEJ/ **DZIECKA DO LAT 6**[3]:

imię i nazwisko .....

data urodzenia..... PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Oświadczam, że wskazana osoba jest osobą zależną pozostającą pod moją opieką, zaś podczas mojego uczestnictwa w projekcie *„Sektor Srebrny. Potencjał dla rynku pracy"* nie mam innej możliwości zapewnienia opieki osobie zależnej.

Wnioskuję o refundację kosztów opieki nad osobą zależną w trakcie udziału we wsparciu:

[ ] warsztaty konsultacyjne | DATY: .....

Poniesione koszty potwierdzam:

[ ] imienną fakturą wraz z dowodami zapłaty
[ ] imiennym rachunkiem wraz z dowodami zapłaty
[ ] innym dokumentem księgowym o równoważnej wartości dowodowej wraz z dowodami zapłaty
[nazwa dokumentu.....]

Zwrot środków nastąpi na rachunek bankowy wskazany w załączniku nr 2 do procedury zwrotu kosztów opieki nad osobą zależną

Oświadczenie Uczestnika:

1. Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia i **oświadczam, że powyższe informacje są zgodne z prawdą**.
2. Oświadczam, że zapoznałem się zasadami przyznawania refundacji kosztów opieki nad osobą zależną/dzieckiem do lat 6.

.....
Data i czytelny podpis Uczestnika

3 **Należy dołączyć** orzeczenie o niepełnosprawności lub zaświadczenie lekarza o sprawowaniu opieki i/lub odpis aktu urodzenia dziecka bądź dowodu osobistego dziecka do lat 7 oraz dokument potwierdzający stopień pokrewieństwa lub powinowactwa

WYPEŁNIA PRACOWNIK BENEFICJENTA

Zgodnie z przedstawionymi dokumentami koszt opieki nad osobą zależną wynosi: . .....zł

Koszt zatwierdzony do refundacji [max 28,10 zł za godzinę]:.....

Uwagi: .....

.....

.....

Data i podpis pracownika

Załącznik nr 2

OŚWIADCZENIE O NUMERZE RACHUNKU BANKOWEGO
do celów projektowych

Ja niżej podpisany/a ……
(imię i nazwisko)

zamieszkały/a……
(adres zamieszkania)

W związku z uczestnictwem w ramach projektu pt.: „Sektor Srebrny. Potencjał dla rynku pracy” proszę o wypłatę środków finansowych na konto bankowe nr

w banku (nazwa banku)……

<u>którego właścicielem jest (wypełnić jeśli właścicielem rachunku bankowego nie jest Uczestnik/Uczestniczka):</u>

……
imię i nazwisko właściciela rachunku bankowego

……
ulica, nr domu

……
kod pocztowy, miejscowość

Jednocześnie oświadczam, że nie będę rościł/a żadnych żądań pod adresem **Związku Przedsiębiorców i Pracodawców/ Partnera projektu** w przypadku, kiedy wskazany właściciel konta nie przekaże mi przelanych przez **Związek Przedsiębiorców i Pracodawców/ Partnera projektu** środków lub przekaże mi niepełną ich kwotę uznając, że **Związek Przedsiębiorców i Pracodawców/ Partner projektu** wywiązał się ze swojej części umowy.

……..
Czytelny podpis Uczestnika/Uczestniczki