



REGULAMIN ZWROTU KOSZTÓW OPIEKI NAD DZIECKIEM LUB INNĄ OSOBĄ POTRZEBUJĄCĄ WSPARCIA W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU W RAMACH PROJEKTU AKADEMIA KOBIEC

§ 1

1. Niniejszy regulamin określa zasady przyznawania i wypłacania zwrotu kosztów opieki nad dzieckiem lub inną osobą zależną potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu na poszczególne formy wsparcia w ramach projektu AKADEMIA KOBIEC, nr projektu FEMA.06.04-IP.02-00U4/23, realizowanego przez KDK INFO sp. z o. o. zwanym dalej Realizatorem Projektu.
2. Wsparcie będzie przyznawane kobietom, których dzieci/osoby zależne nie korzystają z żadnej publicznej i/lub prywatnej formy opieki.
3. Dofinansowanie do opieki nad dzieckiem lub inną osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, obejmuje wyłącznie okres trwania szkolenia uczestniczki projektu, nie dłużej jednak niż przez 12 miesięcy od rozpoczęcia udziału w projekcie,
4. Wysokość wsparcia nie przekroczy połowy minimalnego wynagrodzenia (około 2121,00 PLN, średnio 13,09 PLN za godzinę przy maksymalnie 162 godzin szkoleniowych) za pracę na każde dziecko/osobę potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu i dotyczy nie więcej niż 2 dzieci/osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.
 - a) Szkolenia cyfrowe –16 godzin
 - b) Szkolenia aktywizacyjne – 16 godzin
 - c) Szkolenia/kursy zawodowe – średnio 130 godzin
5. Zapewnienie w projekcie opieki nad dziećmi dotyczy dzieci do lat 7 lub osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu
6. Dofinansowanie opieki nad dziećmi do lat 3 nie obejmuje miejsc opieki dofinansowywanych ze środków Funduszy Europejskich dla Rozwoju Społecznego



(FERS), Krajowego Planu Odbudowy (KPO) lub z innych środków publicznych oraz nieinstytucjonalnych form opieki (niania).

7. Przewiduje się zwrot kosztów opieki nad dzieckiem lub inną osobą zależną potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu dla 30 Uczestniczek projektu w ramach następujących form wsparcia:
 - a) Szkolenia cyfrowe – 2 dni/16 godzin
 - b) Szkolenia aktywizacyjne – 2 dni/16 godzin
 - c) Szkolenia/kursy zawodowe – średnio 130 godzin/średnio 18 dni
8. Za koszt opieki uznaje się:
 - a) koszt opłaty za pobyt w przedszkolu, żłobku,
 - b) domu opieki lub innej placówce, instytucji opiekuńczej uprawnionej do sprawowania opieki nad dziećmi lub osobami zależnymi w czasie trwania działań projektowych.

§ 2

1. Uczestniczka Projektu, aby ubiegać się o zwrot kosztów opieki nad dzieckiem zobowiązana jest do złożenia:
 - a) Wniosku o zwrot kosztów opieki nad dzieckiem (Załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu)
 - b) Dokumentu potwierdzającego sprawowanie opieki nad dzieckiem: potwierdzona za zgodność z oryginałem kopia aktu urodzenia dziecka/dzieci
 - c) umowy i rachunku lub faktury VAT za pobyt dziecka w placówce przedszkolu, żłobku, itd.) dokumenty te powinny być wystawione na Uczestniczkę projektu, z dokumentów powinno wynikać jednoznacznie jaki okres – w tym ile godzin – opieki obejmują (okres powinien pokrywać się z okresem uczestnictwa w działaniach projektowych) – jeśli dotyczy
2. Uczestniczka Projektu, aby ubiegać się o zwrot kosztów opieki nad osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu zobowiązana jest do złożenia:



- a) Wniosku o zwrot kosztów opieki nad osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu tj. Załącznik nr 2 do niniejszego Regulaminu
 - d) potwierdzoną za zgodność z oryginałem kopię decyzji ZUS o stopniu niezdolności do pracy lub orzeczenie o stopniu niepełnosprawności osoby zależnej, ze wskazaniem o konieczności zapewnienia stałej opieki lub zaświadczenie lekarskie potwierdzające konieczność zapewnienia opieki dla osoby zależnej,
 - e) umowy i rachunku lub faktury VAT za pobyt osoby zależnej w instytucji opiekuńczej (, domu opieki, itd.) dokumenty te powinny być wystawione na Uczestniczkę projektu, z dokumentów powinno wynikać jednoznacznie jaki okres – w tym ile godzin – opieki obejmują (okres powinien pokrywać się z okresem uczestnictwa w działaniach projektowych)
3. Realizator projektu może żądać złożenia przez Uczestniczkę dodatkowych dokumentów i oświadczeń, które należy dostarczyć w trybie i terminie ustalonym przez Realizatora Projektu.
 4. Złożenie niekompletnego wniosku lub brak w wyznaczonym terminie dokonania uzupełnienia wniosku o wymagane dokumenty lub oświadczenia skutkuje odmową refundacji kosztów opieki.
 5. Zwrot kosztów opieki odbywać się będzie zgodnie z faktyczną liczbą godzin obecności uczestnika w danej formie wsparcia w danym okresie (potwierdzona lista obecności). W przypadku nieobecności Uczestniczki w szkoleniu zwrot kosztów opieki nie przysługuje.
 6. Zwrot kosztów opieki następuje po dokonaniu weryfikacji poprawności złożonego wniosku, wymaganych dokumentów oraz weryfikacji obecności Uczestniczki Projektu podczas szkoleń.
 7. Wypłata dokonywana będzie na rachunek bankowy Uczestniczki Projektu wskazany w Umowie Uczestnictwa w Projekcie w terminie 5 dni roboczych po zatwierdzeniu wniosku o zwrot kosztów opieki nad dzieckiem i/lub osobą zależną.

§ 3

1. Niniejszy Regulamin wchodzi w życie z dniem 01.04.2024 r.



Fundusze Europejskie
dla Mazowsza

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Mazowsze.
serce Polski

2. Realizator Projektu zastrzega sobie możliwość zwiększenia ilości osób objętych zwrotami w przypadku posiadania oszczędności w projekcie na zadaniu w ramach, którego jest większa ilość zgłoszeń niż przewidzianych w niniejszym regulaminie.
3. Realizator Projektu zastrzega sobie prawo do zmiany treści niniejszych Regulaminu, bądź wprowadzenia dodatkowych postanowień.
4. W przypadku dokonania zmiany treści niniejszego Regulaminu bądź wprowadzenia dodatkowych postanowień, Realizator Projektu zamieści na stronie internetowej Projektu stosowną informację.

Załączniki:

1. Załącznik nr 1 Wniosek o zwrot kosztów opieki nad dzieckiem
2. Załącznik nr 2 Wniosek o zwrot kosztów nad osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.



ZAŁĄCZNIK 1 Wniosek o zwrot kosztów opieki nad dzieckiem

CZĘŚĆ I

Ja niżej podpisana zwracam się o zwrot kosztów opieki nad dzieckiem na szkolenia prowadzone w ramach projektu „Akademia Kobiet”

<p>Forma wsparcia w ramach, której Uczestniczka ubiega się o zwrot kosztów opieki nad dzieckiem (zaznacz właściwą formę wsparcia)</p>	<p><input type="checkbox"/> Szkolenia cyfrowe</p> <p><input type="checkbox"/> Szkolenia aktywizacyjne</p> <p><input type="checkbox"/> Szkolenia/kursy zawodowe</p>	
<p>Imię i nazwisko dziecka</p>	<p>1. (wpisz imię i nazwisko dziecka)</p>	
	<p>2. (wpisz imię i nazwisko dziecka)</p>	
<p>Liczba godzin za które Uczestniczka ubiega się o zwrot</p>	<p><input type="checkbox"/> Szkolenia cyfrowe</p>	
	<p><input type="checkbox"/> Szkolenia aktywizacyjne</p>	
	<p><input type="checkbox"/> Szkolenia/kursy zawodowe</p>	

<p>Miejscowość, data</p>	<p>Podpis Uczestniczki Projektu</p>
---------------------------------	--

CZĘŚĆ II

Ja niżej podpisana oświadczam, że (zaznaczyć właściwe)

1. Jestem osobą samotnie opiekującą się dzieckiem lub współmałżonek jest osobą pracującą zatem nie może sprawować opieki nad dzieckiem w czasie mojego uczestnictwa w projekcie. TAK NIE
2. Dziecko przebywa wraz ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym. TAK NIE
3. Zwrot kosztów opieki nad dziećmi do lat 3 o który się ubiegam nie obejmuje miejsc opieki dofinansowywanych ze środków Funduszy Europejskich dla Rozwoju



Fundusze Europejskie
dla Mazowsza

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Mazowsze.
serce Polski

Społecznego (FERS), Krajowego Planu Odbudowy (KPO) lub z innych środków publicznych oraz nieinstytucjonalnych form opieki (niana). TAK NIE

4. nie korzystałam z analogicznego wsparcia na poziomie krajowym. TAK NIE

5. wszystkie dane zawarte w niniejszym wniosku są prawdziwe. TAK NIE

Oświadczam, iż powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym.

Miejscowość, data	Podpis Uczestniczki Projektu
--------------------------	-------------------------------------

CZĘŚĆ III

Do wniosku załączam poniższe załączniki (zaznaczyć właściwe)

1	Dokumenty potwierdzające sprawowanie opieki nad dzieckiem: potwierdzona za zgodność z oryginałem kopia aktu urodzenia dziecka/dzieci.	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
2	W przypadku zlecenia przez Uczestnika/Uczestniczkę opieki nad dzieckiem uprawnionej instytucji: potwierdzona za zgodność z oryginałem kopia umowy oraz rachunku lub faktury za pobyt dziecka w instytucji opiekuńczej za okres udziału Uczestniczki projektu w szkoleniu i/ lub stażu w ramach projektu wraz z okazanym do wglądu oryginałem dokumentu, dowód zapłaty faktury/rachunku.	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

Miejscowość, data	Podpis Uczestniczki Projektu
--------------------------	-------------------------------------

CZĘŚĆ IV

Wypełnia Realizator Projektu	Liczba godzin x stawka za godzinę = PLN, Do wypłaty=PLN, <input type="checkbox"/> Szkolenia aktywizacyjne
-------------------------------------	--



Fundusze Europejskie
dla Mazowsza

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Mazowsze.
serce Polski

Wypełnia Realizator Projektu	Liczba godzin x stawka za godzinę = PLN, Do wypłaty=PLN, <input type="checkbox"/> Szkolenia cyfrowe
Wypełnia Realizator Projektu	Liczba godzin x stawka za godzinę = PLN, Do wypłaty=PLN, <input type="checkbox"/> Szkolenia/kursy zawodowe
Wypełnia Realizator Projektu	Razem do wypłaty
Zatwierdzam kwotę do wypłaty	Podpis kierownika projektu



ZAŁĄCZNIK 2 Wniosek o zwrot kosztów nad osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.

Ja niżej podpisana zwracam się o zwrot kosztów opieki nad osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu ramach projektu „Akademia Kobiet”

<p>Forma wsparcia w ramach, której Uczestniczka ubiega się o zwrot kosztów opieki nad osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu (zaznacz właściwą formę wsparcia)</p>	<input type="checkbox"/> Szkolenia cyfrowe <input type="checkbox"/> Szkolenia aktywizacyjne <input type="checkbox"/> Szkolenia/kursy zawodowe	
<p>Imię i nazwisko osoby zależnej i stopień pokrewieństwa</p>	<p>(wpisz imię i nazwisko osoby zależnej) (wpisz stopień pokrewieństwa)</p>	
	<p>(wpisz imię i nazwisko osoby zależnej) (wpisz stopień pokrewieństwa)</p>	
<p>Liczba godzin za które Uczestniczka ubiega się o zwrot</p>	<input type="checkbox"/> Szkolenia cyfrowe	
	<input type="checkbox"/> Szkolenia aktywizacyjne	
	<input type="checkbox"/> Szkolenia/kursy zawodowe	

CZĘŚĆ II

Ja niżej podpisana oświadczam, że

1. Jestem osobą samotnie opiekującą się osobą zależną lub współmałżonek jest osobą pracującą, zatem nie może sprawować opieki nad osobą zależną w czasie mojego uczestnictwa w projekcie.
2. Z osobą zależną pozostaję w powiązaniu więzami rodzinnymi lub powinowactwem, we wspólnym gospodarstwie domowym.
3. Nie korzystałam z analogicznego wsparcia na poziomie krajowy.



Fundusze Europejskie
dla Mazowsza

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Mazowsze.
serce Polski

4. Wszystkie dane zawarte w niniejszym wniosku są prawdziwe.

Oświadczam, iż powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym

Miejscowość, data	Podpis Uczestniczki Projektu
--------------------------	-------------------------------------

CZĘŚĆ III

Do wniosku załączam poniższe załączniki (zaznaczyć właściwe)

1	Dokumenty potwierdzające sprawowanie opieki nad osobą zależną: potwierdzona za zgodność z oryginałem kopia decyzji ZUS o stopniu niezdolności do pracy lub orzeczenia o stopniu niepełnosprawności osoby zależnej, ze wskazaniem o konieczności zapewnienia stałej opieki, wraz z okazanym do wglądu oryginałem dokumentu lub zaświadczenie lekarskie potwierdzające konieczność zapewnienia opieki dla osoby zależnej.	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
2	W przypadku zlecenia przez Uczestniczkę opieki nad osobą zależną uprawnionej instytucji: potwierdzona za zgodność z oryginałem kopia umowy oraz rachunku lub faktury za pobyt osoby zależnej w instytucji opiekuńczej za okres udziału Uczestniczki projektu w szkoleniu i w ramach projektu wraz z okazanym do wglądu oryginałem dokumentu, dowód zapłaty faktury/rachunku.	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

Miejscowość, data	Podpis Uczestniczki Projektu
--------------------------	-------------------------------------

CZĘŚĆ IV

Wypełnia Realizator Projektu	Liczba godzin x stawka za godzinę = PLN, Do wypłaty=PLN, <input type="checkbox"/> Szkolenia aktywizacyjne
-------------------------------------	--



Fundusze Europejskie
dla Mazowsza

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Mazowsze.
serce Polski

Wypełnia Realizator Projektu	Liczba godzin x stawka za godzinę = PLN, Do wypłaty=PLN, <input type="checkbox"/> Szkolenia cyfrowe
Wypełnia Realizator Projektu	Liczba godzin x stawka za godzinę = PLN, Do wypłaty=PLN, <input type="checkbox"/> Szkolenia/kursy zawodowe
Wypełnia Realizator Projektu	Razem do wypłaty
Zatwierdzam kwotę do wypłaty	Podpis kierownika projektu