**REGULAMIN**

**ZWROTU KOSZTÓW OPIEKI NA DZIECKIEM/OSOBĄ ZALEŻNĄ**

W ramach projektu „Akademia Przedsiębiorczości” finansowanego z *Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014 – 2020, Oś Priorytetowa 6, RYNEK PRACY Działanie 6.3 Samozatrudnienie i przedsiębiorczość, Poddziałanie 6.3.1, Samozatrudnienie i przedsiębiorczość, p*rojekt realizowany przez Fundację Inicjowania Rozwoju Społecznego z siedzibą przy ul. Strzeleckiej 27/8,   
61-846 Poznań.

**§1**

**Definicje**

Ilekroć w niniejszym Regulaminie jest mowa o poniższym pojęciach należy przez to rozumieć:

1. ***Projekt*** - *projekt pn. „Akademia Przedsiębiorczości”*
2. ***Realizator projektu, Projektodawca, Beneficjent*** *- podmiot realizujący projekt – Fundacja Inicjowania Rozwoju Społecznego z siedzibą w Poznaniu (61-846) przy* ul. Strzelecka 27/8,
3. ***Biuro Projektu*** *- biuro realizatora projektu pod adresem – ul. Legionów 12/1, Konin*
4. ***Wsparcie szkoleniowo-doradcze****- szkolenia i doradztwo realizowane w ramach Projektu, co do których przewidziany jest zwrot kosztów*
5. ***Uczestnik*** *- osoba zakwalifikowana do Projektu*
6. ***Osoba zależna -*** *osoba wymagająca ze względu na stan zdrowia lub wiek stałej opieki, połączona więzami rodzinnymi lub powinowactwem z Uczestnikiem lub pozostającą z nim we wspólnym gospodarstwie domowym*
7. ***Dziecko -*** *dziecko do 7 roku życia*
8. ***Opiekun/Opiekunka*** *osoba sprawująca opiekę nad osobą zależną, z którą Uczestnik/Uczestniczka projektu zawarła umowę cywilnoprawną.*
9. ***Osoba blisko spokrewniona[[1]](#endnote-1)–*** *osoba w stopniu pokrewieństwa: małżonek, zstępni, wstępni, pasierb, zięć, synowa, rodzeństwo, ojczym, macocha,**teściowa*

**§2**

**Informacje ogólne**

1. Uczestnikom będą zwracane koszty opieki nad dziećmi/ osobą zależną, zgodnie z obowiązującymi zasadami w zakresie kwalifikowania wydatków w ramach WRPO i budżetem projektu.
2. Uczestnik może ubiegać się o zwrot kosztów opieki nad dzieckiem/ osobą zależną w okresie uczestnictwa w szkoleniach i doradztwie w ramach Projektu. Beneficjent projektu zastrzega możliwość odmowy wypłaty tych kosztów osobom dla których wyczerpią się środki przewidziane w projekcie.
3. Koszt, o którym mowa w pkt. 2 niniejszego paragrafie wynosi 14 zł brutto (słownie: czternaście 00/100 złotych) za godzinę opieki, przy czym ilość godzin opieki uzależniona jest od trwania wsparcia szkoleniowego i doradczego.
4. Z pokrycia kosztów opieki nad osobami zależnymi mogą korzystać wyłącznie osoby, które nie mają innej możliwości zapewnienia tej opieki.
5. Jako koszt opieki należy uznać:
6. koszt opłaty za pobyt osoby zależnej w instytucji uprawnionej do sprawowania opieki nad osobami zależnymi, w czasie uczestnictwa Uczestnika /Uczestniczki projektu w wsparciu szkoleniowo-doradczym
7. koszty wynikające z legalnych (spełniających wymagania nałożone odrębnymi przepisami – podatkowe, ubezpieczeń społecznych) umów cywilnoprawnych z opiekunami (z wyłączeniem osób blisko spokrewnionych z uczestnikami projektu) za okres odbywania wsparcia szkoleniowo-doradczego przez Uczestnika/Uczestniczkę projektu.
8. Refundacji podlegać będą wydatki ponoszone tylko i wyłącznie w trakcie odbywania wsparcia szkoleniowo-doradczego przez Uczestnika/Uczestniczkę projektu.
9. Decyzja o przyznaniu zwrotu kosztów opieki nad osobą zależną będzie wydawana w oparciu o kolejność zgłoszeń poprawnie wypełnionego wniosku wraz z kompletem wymaganych załączników. Uczestnik/Uczestniczka projektu nie może z tego tytułu wymagać od Realizatora Projektu żadnych roszczeń.
10. Za koszt opieki nad osobą zależną uznaje się koszty wynikające z umowy cywilno-prawnej zawartej z Opiekunem/Opiekunką lub instytucją uprawnioną do sprawowania opieki nad osobami zależnymi, zgodnie z obowiązującym prawem. Realizator dopuszcza zawarci umowy z instytucją uprawnioną do opieki nad osobami zależnymi i opłacaniu pobytu osób zależnych.
11. W sytuacji wynajęcia Opiekuna/Opiekunki uprawnionego/uprawnionej do sprawowania opieki nad osobą zależną, na czas udziału Uczestnika/Uczestniczki projektu we wsparciu szkoleniowo-doradczym, Uczestnik/Uczestniczka projektu podpisuje umowę zlecenie z Opiekunem/Opiekunką (*wzór umowy do pobrania ze strony internetowej Projektu)*, wypłaca wynagrodzenie na podstawie rachunku do umowy zlecenia za wykonaną usługę w kwocie obliczonej na podstawie ilości dni/godzin, w których Uczestnik/Uczestniczka projektu uczestniczył w wsparciu szkoleniowym.
12. W sytuacji pobytu osoby zależnej w instytucji uprawnionej do sprawowania opieki nad osobami zależnymi, na czas udziału Uczestnika/Uczestniczki projektu w wsparciu szkoleniowo-doradczym Uczestnik/ Uczestniczka projektu reguluje należność wynikającą z pobytu osoby zależnej w ww. instytucji i dostarcza do Biura Projektu potwierdzenie zapłaty.
13. Refundacja nie przysługuje za dni /godziny nieobecności na szkoleniu oraz w przypadku przerwania odbywania szkolenia lub udziału w projekcie.
14. Uczestnik/Uczestniczka projektu może sam wskazać Instytucję lub Opiekuna/Opiekunkę, który/która będzie się opiekować osobą zależną za okres odbywania wsparcia szkoleniowo-doradczego przez Uczestnika/Uczestniczkę projektu (z wyłączeniem osób blisko spokrewnionych z uczestnikami projektu).
15. **Realizator nie ponosi odpowiedzialności za opiekę sprawowaną nad osobą zależną.**
16. Refundacja kosztów będzie wypłacana pod warunkiem posiadania przez Realizatora środków finansowych na rachunku bankowym projektu.
17. Wszystkie sprawy nie objęte niniejszym regulaminem rozstrzyga Realizator Projektu.
18. Refundacja kosztów przysługuje wyłącznie po przedstawieniu ich udokumentowania w terminie określonym § 4 ust. 3, w wysokości odpowiadającej udokumentowanym i faktycznie poniesionym

Wydatkom

**§3**

**Przyznanie prawa do zwrotu kosztów opieki nad dziećmi/ osobą zależną**

1. Warunkiem uzyskania refundacji kosztów, o których mowa w regulaminie jest przyznanie prawa zwrotu kosztów opieki nad dzieckiem/osobą zależną przez Beneficjenta.   
   Uczestnik ubiegający się o uzyskanie prawa do zwrotu kosztów opieki nad dzieckiem/ osobą zależną musi złożyć następujące dokumenty:

* Wniosek o refundację kosztów opieki na dzieckiem do 7 roku życia lub osobą zależną (*załącznik 1 do niniejszego Regulaminu)*
* Udokumentować posiadanie dziecka (do 7 lat) lub osoby zależnej i przedstawić stosowne dokumenty (wyszczególnienie w pkt. 2 niniejszego paragrafu)
* Umowę cywilnoprawną zawartą z osobą sprawującą opiekę nad dzieckiem lub osobą zależną za wykonaną usługę. Z umowy musi wynikać, na jaki okres umowa została zawarta oraz muszą być wskazane miesięczne koszty opieki na dzieckiem/ osobą zależną (jeśli dotyczy)
* Fakturę VAT lub kserokopie umowy z opiekunem, instytucją zajmującą się opieką dziecka/ osoby zależnej, żłobkiem, przedszkolem itp. z umowy musi wynikać, na jaki okres umowa została zawarta oraz muszą być wskazane miesięczne koszty opieki nad osobą zależną/ dzieckiem (jeśli dotyczy)
* Kserokopię decyzji ZUS o stopniu niezdolności do pracy lub orzeczenia o stopniu niepełnosprawności osoby zależnej, potwierdzonej przez pracownika Biura Projektu za zgodność z oryginałem (jeśli dotyczy)
* Podpisane oświadczenie o akceptacji niniejszego regulaminu i poniesienia odpowiedzialności za wybór opiekuna/instytucji\* który/która będzie sprawował/sprawowała opiekę nad osobą zależną *(załącznik nr 2 niniejszego regulaminu)*
* Inne dokumenty lub oświadczenia poświadczające konieczność stałej opieki nad osobą zależną

1. Za udokumentowanie posiadania dziecka lub konieczności stałej opieki nad osobą zależną należy rozumieć;
   1. Dziecko: przedstawienie aktu urodzenia dziecka który zostanie skopiowany i potwierdzony za zgodność z oryginałem przez pracownika Biura Projektu
   2. Osoba zależna: przedstawienie dokumentu potwierdzającego prawo do sprawowania opieki
2. Beneficjent ma prawo wezwać uczestnika projektu do ponownego złożenia dokumentów wymaganych do uzyskania prawa do zwrotu kosztów opieki nad dzieckiem/osobą zależną
3. Na podstawie dokumentów z pkt.1 i 2 niniejszego paragrafu Beneficjent przyznaje prawo do zwrotu kosztów opieki nad dzieckiem/ osobą zależną

**§4**

**Procedura wypłaty zwrotu kosztów opieki nad dzieckiem/ osobą zależną**

1. Zwrot kosztów przysługuje uczestnikom za każdy dzień udziału w wsparciu szkoleniowo-doradczego, zgodnie z listą obecności potwierdzającą uczestnictwo danej osoby.
2. Zwrot kosztów opieki nad dzieckiem/ osobą zależną odbywa się przelewem na rachunek bankowy Uczestnika/ Uczestniczki
3. Refundacja dokonywana będzie w trybie miesięcznym, na rachunek bankowy Uczestnika/Uczestniczki projektu podany we wniosku w ciągu 14 dni od daty ostatniego dnia wsparcia szkoleniowo-doradczego w miesiąc, pod warunkiem złożenia wniosku o zwrot kosztów wraz z wymaganymi dokumentami.
4. Realizator projektu zastrzega sobie możliwość wstrzymania wypłat, o ile nie posiada środków finansowych na kocie projektowym (w takim przypadku zwrot kosztów zostanie niezwłocznie dokonany w momencie otrzymania środków od Instytucji Pośredniczącej)
5. Realizator Projektu zastrzega sobie możliwość wstrzymania wypłat, w momencie wyczerpania środków finansowych przewidzianych na ten cel.

**§ 5**

**POSTANOWIENIA KOŃCOWE**

1. Regulamin obowiązuje od dnia jego publikacji na stronie internetowej projektu [www.firs.org](http://www.firs.org).pl/akademia-przedsiebiorczosci.
2. Realizator zastrzega sobie możliwość zmian Regulaminu, co ogłaszać będzie każdorazowo na stronie internetowej Projektu
3. W sprawach nieuregulowanych, nieujętych w Regulaminie, ostateczną decyzję podejmuje koordynator projektu

Prezes Zarządu

Bartosz Witkowski

1. *Oznacza osobę blisko spokrewnioną zgodnie z art. 14 ust. 3 pkt.1 ustawy z dnia 28 lipca 1983 r. o podatku od spadków (Dz.U. 2009 nr 93 poz. 768)*

   *Załącznik nr 1*

   *do regulaminu zwrotu kosztów opieki na dzieckiem/osobą zależna*

   **.............................................**  .................………………………

   nazwisko i imię miejscowość, data

   **……………………..……………..………**

   **…………………..………………………..**

   adres zamieszkania

   ……………………..……………..

   nr PESEL

   **WNIOSEK**

   **o zwrot** **kosztów opieki nad osobą zależną**

   Zwracam się z prośbą o zwrot kosztów opieki nad osobą zależną *………………………………………………………..…………………………………………………….. (imię i nazwisko osoby zależnej)* poniesiony przeze mnie przez okres mojego uczestnictwa w wsparciu szkoleniowo-doradczym w dniach ………………..*……………………………………………………………….. (prosz*ę *poda*ć *terminy dni szkoleniowych oraz doradztwa, w których sprawowana była opieka nad osobą zależną)* organizowanym w ramach projektu pn. „*Akademia Przedsiębiorczości”* .

   Koszt opieki nad osobą zależną wynosi: …………………….zł, słownie: ………………………………………………………

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

   Zwrotu proszę dokonać na rachunek bankowy nr: ……………………………………………………………………………..

   prowadzony w banku: ………………………………………………………………………………………………………………………….

   |  |
   | --- |
   | …………………………………………..… |
   | Podpis Uczestnika/Uczestniczki Projektu |

   Jednocześnie 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.

   |  |
   | --- |
   | …………………………………………..… |
   | Podpis Uczestnika/Uczestniczki Projektu |

   1. Osoba zależna przebywa wraz ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym.

   |  |
   | --- |
   | …………………………………………..… |
   | Podpis Uczestnika/Uczestniczki Projektu |

   1. Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 6 Kodeksu karnego, potwierdzam prawdziwość powyższych danych*.*

   |  |
   | --- |
   | …………………………………………..… |
   | Podpis Uczestnika/Uczestniczki Projektu |
   |  |

   1. Oświadczam, iż zapoznałem się i akceptuje warunki Regulaminu zwrotu kosztów opieki nad osobą zależną i biorę pełną odpowiedzialność za wybór Instytucji uprawnionej do sprawowania opieki nad osobami zależnymi lub/i Opiekuna/Opiekunki, który sprawował opiekę nad osobą zależną w okresie mojego uczestnictwa w szkoleniach i doradztwie.

   |  |
   | --- |
   | …………………………………………..… |
   | Podpis Uczestnika/Uczestniczki Projektu |

   1. Opiekun/Opiekunka sprawująca opiekę nad osobą zależną nie jest ze mną spokrewniona\*.

   |  |
   | --- |
   | …………………………………………..… |
   | Podpis Uczestnika/Uczestniczki Projektu |

   Złączniki:

   1. kserokopia dokumentów poświadczających stan zdrowia osoby zależnej np. orzeczenie o niepełnosprawności ze wskazaniem konieczności zapewnienia stałej opieki lub innych dokumentów poświadczających stan zdrowia osoby zależnej lub konieczność stałej opieki nad osobą zależną (np. opinii lekarza dotyczącej wymaganej opieki nad osoba zależną),
   2. w przypadku wynajęcia Opiekuna/Opiekunki
   * umowę zlecenie zawartą z Opiekunem/Opiekunką sprawującym/sprawującą opiekę nad osobą zależną w 1 egzemplarz,
   * rachunek do umowy zlecenia zawartej z Opiekunem/Opiekunką za wykonaną usługę wraz z dowodem zapłaty,
   1. w przypadku pobytu osoby zależnej w instytucji uprawnionej do sprawowania opieki nad osobami zależnymi:

   - rachunek lub faktura za dni pobytu osoby zależnej w instytucji uprawnionej do sprawowania opieki nad osobami zależnymi, w czasie odbywania szkoleń przez Uczestnika/Uczestniczkę projektu,

   - dowód zapłaty rachunku lub faktury.

   …………………………………...………..…….

   ***Czytelny podpis Uczestnika/Uczestniczki Projektu***

   \* Jeśli dotyczy

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

   nazwisko i imię miejscowość, data

   **…………………………………….………**

   **………………………………………….…**

   adres zamieszkania

   …………………………………….

   nr PESEL

   **OŚWIADCZENIE**

   **o odpowiedzialności**

   **dla Uczestnika/Uczestniczki projektu**

   Oświadczam, iż zapoznałem się i akceptuje warunki Regulaminu zwrotu kosztów opieki nad osobą zależną i biorę pełną odpowiedzialność za wybór opiekuna/instytucji\* który/która będzie sprawował/sprawowała opiekę nad osobą zależną w okresie mojego uczestnictwa w wsparciu szkoleniowo-doradczym w ramach projektu pn. „*Akademia Przedsiębiorczości”* współfinansowanego z *Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014 – 2020* w terminach *……………………………………………………………. (prosz*ę *poda*ć *terminy dni szkoleniowych, w których sprawowana b*ę*dzie opieka nad osobą zależną).*

   *……………….………………………………………………*

   *imi*ę *i nazwisko osoby zale*ż*nej*

   *……………….………………………………………………*

   *data i podpis Uczestnika/Uczestniczki projektu*

   \* Niepotrzebne skreślić [↑](#endnote-ref-1)