

....., dnia 20..... r.

.....
Imię i Nazwisko

.....
Adres

.....
Kod pocztowy

**Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
w Sieradzu**

Deklaracja przejazdu dla osób niesamodzielnych - uczestników projektu Centrum Usług Społecznych w Powiecie Sieradzkim

1. Rodzaj transportu* właściwe zaznaczyć znakiem „X” :

Transport standardowy

Transport specjalistyczny

2. Termin przejazdu.....

3. Liczba przejechanych kilometrów przez Uczestnika projektu:

Cel:.....

.....
nazwa jednostki docelowej ,dokładny adres, opis trasy przejazdu

4. Opiekun podczas przejazdu: TAK NIE

5. Osoba poruszająca się na wózku: TAK NIE

6. Cel przewozu * właściwe zaznaczyć znakiem „X” :

Konieczności podjęcia natychmiastowego leczenia w zakładzie opieki zdrowotnej	
Potrzeba kontynuacji leczenia (kontynuowania leczenia w danym zakładzie lub przekazania do dalszego leczenia w innym zakładzie)	
Dysfunkcja narządu ruchu uniemożliwiająca korzystanie ze środków transportu publicznego (w celu przejazdu na leczenie do najbliższego zakładu opieki zdrowotnej udzielającego świadczeń we właściwym zakresie i z powrotem)	
Całodobowy krótkookresowy pobyt wytchnieniowy w ramach CUS	
Turnus rehabilitacyjny, ośrodek wypoczynkowy, sanatorium	
Rehabilitacja i usprawnienie	
Placówka oświatowa, sportowa lub kulturalna	
Urząd lub instytucja publiczna	
Inne wyżej nie wymienione(jakie?).....	

7. Przekazanie środków finansowych:

Konto **osobiste** (wpisać dane właściciela).....

Imię i nazwisko właściciela konta oraz adres jeżeli jest inny niż wnioskodawcy

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



Oświadczenia:

1. Oświadczam, że jestem osobą zakwalifikowaną do projektu Centrum Usług Społecznych w Powiecie Sieradzkim.
2. Oświadczam, że zapoznałem/am się z warunkami ubiegania się o zwrot kosztów dojazdu osoby niesamodzielnej zawartymi w umowie oraz regulaminie realizacji usługi oraz innych wytycznych określających sposób realizacji usługi transportowej standardowej i/lub specjalistycznej.
3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji zadania, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) oraz z Ustawą o ochronie danych osobowych z 10 maja 2018 r. (Dz.U. 2018 poz. 1000).

.....
Adres e-mail

.....
Telefon kontaktowy

.....
Podpis Uczestnika projektu

.....
Podpis opiekuna prawnego/ przedstawiciela ustawowego /pełnomocnika

Wnioskodawca zobowiązany jest dołączyć do deklaracji:

- oświadczenie o dysfunkcjach oraz posiadany orzeczeniu,
- kopię dokumentu potwierdzającego ustanowienie opiekuna prawnego w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej lub pełnomocnika (oryginał do wglądu w dniu składania) - jeśli dotyczy.

oraz:

załączniki do usługi transportu specjalistycznego (medyczny, kartka, ambulans itp.)

- opłacony dokument księgowy (faktura VAT, rachunek, itp.)

załączniki do usługi realizowanej własnym środkiem transportu:

- dowód rejestracyjny pojazdu którym odbył się przejazd - do wglądu;
- dokument wystawiony przez podmiot funkcjonujący w miejscu docelowym lub inny dokument do wglądu potwierdzający fakt dotarcia na miejsce docelowe lub oświadczenie Uczestnika projektu- jeśli dotyczy.

załączniki do usługi wykonanej transportem publicznym:

- bilety potwierdzające poniesienie kosztu podróży,
- dokument wystawiony przez podmiot funkcjonujący w miejscu docelowym lub inny dokument do wglądu potwierdzający fakt dotarcia na miejsce docelowe lub oświadczenie Uczestnika projektu- jeśli dotyczy.

załączniki do przejazdów realizowanych przez przewoźników prywatnych:

- opłacony dokument księgowy (faktura VAT, rachunek, itp.)
- dokument wystawiony przez podmiot funkcjonujący w miejscu docelowym lub inny dokument do wglądu potwierdzający fakt dotarcia na miejsce docelowe lub oświadczenie Uczestnika projektu- jeśli dotyczy.





WYPENIA REALIZATOR PROJEKTU

Wnioskodawca spełnia/nie spełnia** kryteria określone regulaminem.

.....

(data i podpis pracownika odpowiedzialnego za merytoryczne sprawdzenie)

** Właściwe podkreślić

<i>Trasa wyjazdu</i>	<i>Liczba kilometrów zgodnie z www.google/maps</i>	<i>Stawka (wg stawki) przyjęta zgodnie z regulaminem CUS</i>	<i>Kwota do wypłaty</i>
<i>RAZEM DO WYPŁATY:</i>			

Dokumenty przedstawione do wglądu potwierdzające fakt dotarcia na miejsce docelowe:

1.
2.
3.
4.
5.

