

Załącznik nr 7 do Regulaminu organizacyjnego Projektu  
pn. Bracki program rehabilitacji pacjentów z chorobami przewlekłymi układu kostno-stawowego i mięśniowego

## WNIOSEK O ZWROT KOSZTÓW DOJAZDU

Imię i nazwisko Uczestnika .....

PESEL .....

Adres zamieszkania (ulica, numer): .....

Kod pocztowy i miejscowość: .....

Niniejszym składam wniosek o zwrot kosztów dojazdu niezbędnego do realizacji usługi zdrowotnej w ramach Projektu pn. Bracki program rehabilitacji pacjentów z chorobami przewlekłymi układu kostno – stawowego i mięśniowego. Jednocześnie oświadczam, że korzystałam/ -em z transportu komunikacji publicznej.

Składając wniosek oświadczam, iż dochód na jednego członka mojej rodziny mieści się w przedziale:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> do 900,00 zł brutto               | <input type="checkbox"/> od 1 700,01 do 2 100,00 zł brutto |
| <input type="checkbox"/> od 900,01 do 1 300,00 zł brutto   | <input type="checkbox"/> od 2 100,01 do 2 500,00 zł brutto |
| <input type="checkbox"/> od 1 300,01 do 1 700,00 zł brutto | <input type="checkbox"/> powyżej 2 500,01 zł brutto        |

*W przypadku niewskazania progu dochodowego, za średnie dochody na jednego członka rodziny zostaną przyjęte dochody z najwyższego progu tj. powyżej 2 500,01 zł brutto.*

**Jednocześnie oświadczam, iż: \***

1. Jestem osobą z niepełnosprawnościami.

- Tak                       Nie                       Odmawiam podania informacji

2. Ja lub członek mojej rodziny korzysta ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dn. 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U.2019.1507 t.j. z dnia 2019.08.12 z późn. zm.).

- Tak                       Nie                       Odmawiam podania informacji

3. Członek mojej rodziny, przebywający we wspólnym gospodarstwie domowym, jest osobą z niepełnosprawnościami.

- Tak                       Nie                       Odmawiam podania informacji

4. Członek mojej rodziny, przebywający we wspólnym gospodarstwie domowym, posiada dziecko z niepełnosprawnością, gdzie co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością.

- Tak                       Nie                       Odmawiam podania informacji

5. Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytocznych Ministra Infrastruktury i Rozwoju w zakresie monitorowania postępu rzeczowego i realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020.

- Tak                       Nie                       Odmawiam podania informacji

6. Żyję w gospodarstwie domowym składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu (osoba samotnie wychowująca dziecko).

- Tak                       Nie                       Odmawiam podania informacji

7. Żyję w gospodarstwie domowym, w którym mam na utrzymaniu 3 dzieci lub więcej (rodzina wielodzietna).

- Tak                       Nie                       Odmawiam podania informacji



W przypadku przyznania zwrotu kosztów dojazdu, proszę o przekazanie należnej kwoty **przelewem** na poniższy rachunek bankowy / **w postaci gotówki**.\*

**DANE KONTA BANKOWEGO**

**Imię i nazwisko** .....

**NUMER RACHUNKU** .....

**Nazwa banku** .....

Składając niniejszy wniosek oświadczam, iż znana jest mi treść Regulaminu.

Załącznik do niniejszego wniosku stanowią oryginały biletów / potwierdzenie zakupu biletów w ilości .....

.....  
**MIEJSCOWOŚĆ I DATA**

.....  
**CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA**

\* właściwie zaznaczyć