



Fundusze Europejskie
dla Wielkopolski

Dofinansowane przez
Unię Europejską



SAMORZĄD
WOJEWÓDZTWA
WIELKOPOLSKIEGO

Projekt pod nazwą: „Akademia równych szans” realizowany w ramach Osi priorytetowej 6 Fundusze europejskie dla Wielkopolski o silniejszym wymiarze społecznym (EFS+), Działanie 6.3 Wyrównywanie szans kobiet i mężczyzn na rynku pracy, **Programu Regionalnego Fundusze Europejskie dla Wielkopolski 2021 – 2027**, nr **FEWP.06.03-IP.01-0095/23-00**.

**WNIOSEK O ZWROT KOSZTÓW DOJAZDU realizowanego w ramach projektu
„Akademia równych szans” - SAMOCHÓD OSOBOWY**

(dotyczy wsparcia: _____)

IMIĘ I NAZWISKO UCZESTNIKA PROJEKTU:	
NAZWA I ADRES PLACÓWKI REALIZUJĄCEJ WSPARCIE:	

TERMIN REALIZACJI OD – DO:			
LICZBA DNI OBECNOŚCI:			
TRASA DOJAZDU:			
ADRES ZAMIESZKANIA UCZESTNIKA/CZKI PROJEKTU W OKRESIE REALIZACJI WSPARCIA:			
ADRES MIEJSCA REALIZACJI WSPARCIA:			
ODLEGŁOŚĆ Z MIEJSCA ZAMIESZKANIA DO MIEJSCA REALIZACJI WSPARCIA: (w jedną stronę)	(należy podać najkrótszą trasę w km)		
OŚWIADCZAM, ŻE DOJEŻDŻAŁEM/AM SAMOCHODEM OSOBOWYM: (zaznacz właściwe X):	własnym samochodem	☐	użyczonym samochodem
DANE POJAZDU:	marka samochodu		
	nr rejestracyjny		
(należy podać markę samochodu i nr rejestracyjny)			

KONIECZNOŚĆ DOJAZDU SAMOCHODEM JEST SPOWODOWANA: (zaznacz właściwe X):	Faktem braku połączenia komunikacją publiczną na trasie dojazdu z miejsca mojego zamieszkania w godzinach, które umożliwiałyby mi dojazd	☐	Niepełnosprawnością	☐
--	---	--------------------------	---------------------	--------------------------

PROSZĘ O ZWROT KOSZTÓW DOJAZDU W WYSOKOŚCI:	
--	--

DANE RACHUNKU NA KTÓRY ZOSTANIE PRZELANY ZWROT KOSZTÓW DOJAZDU:	
NAZWA BANKU:	



Fundusze Europejskie
dla Wielkopolski

Dofinansowane przez
Unię Europejską



SAMORZĄD
WOJEWÓDZTWA
WIELKOPOLSKIEGO

IMIĘ I NAZWISKO WŁAŚCICIELA RACHUNKU (jeśli właścicielem rachunku nie jest uczestnik/czka projektu wymagane jest oświadczenie właściciela rachunku zał.3):													
NUMER RACHUNKU BANKOWEGO:													

DATA ZŁOŻENIA WNIOSKU

CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA

DO WNIOSKU NALEŻY DOŁĄCZYĆ:

- kserokopię dowodu rejestracyjnego pojazdu,
- kserokopię prawa jazdy,
- jeśli uczestnik/czka projektu nie jest właścicielem ani współwłaścicielem pojazdu należy wypełnić *Oświadczenie o użyczeniu pojazdu* załącznik nr 1
- jeśli uczestnik/czka projektu był/a dowożony/na należy wypełnić *Oświadczenie osoby dowożącej o dowożeniu uczestnika/czki na miejsce wsparcia* załącznik nr 2 ,
- jeśli uczestnik/czka projektu nie jest właścicielem rachunku bankowego należy wypełnić *Oświadczenie właściciela rachunku* załącznik nr 3,
- ewidencję przebiegu pojazdu załącznik nr 4.
- Zaświadczenie przewoźnika o cenie biletu

DECYZJA /WYPEŁNIA BENEFICJENT PROJEKTU /			
ZGODA NA ZWROT KOSZTÓW DOJAZDU:	TAK		NIE
KWOTA PRYZNANEGO ZWROTU W PLN:	PLN		
Pula środków na zwrot kosztów dojazdu – nie wyższy niżzł. Zwrot naliczany proporcjonalnie do liczby dni obecności we wsparciu.	 Podpis Beneficjenta		



Fundusze Europejskie
dla Wielkopolski

Dofinansowane przez
Unię Europejską



SAMORZĄD
WOJEWÓDZTWA
WIELKOPOLSKIEGO

Załącznik nr 1 do wniosku o zwrot kosztów dojazdu

OŚWIADCZENIE O UŻYCZENIU SAMOCHODU
(WYPEŁNIA WŁAŚCICIEL LUB WSPÓŁWŁAŚCICIEL POJAZDU)

Ja, niżej podpisany/a
zamieszkały/a w oświadczam, że **jestem**
właścicielem(ką)/współwłaścicielem(ką) samochodu:
marki o numerze
rejestracyjnym
(zgodnie z załączoną kserokopią dowodu rejestracyjnego pojazdu)
który **użyczam** Pani/Panu
.....
zamieszkałemu/ej w
w terminie od do
w celu dojazdu na miejsce wsparcia w:
.....

.....
czytelny podpis Właściciela/Współwłaściciela pojazdu



STOWARZYSZENIE OSTROWSKIE CENTRUM WSPIERANIA PRZEDSIĘBIORCZOŚCI
ul. Szkolna 24, 63-400 Ostrów Wlkp.,
tel.: (62) 736 11 60,
NIP: 622-250-41-06, www.ocwp.org.pl



Fundusze Europejskie
dla Wielkopolski

Dofinansowane przez
Unię Europejską



SAMORZĄD
WOJEWÓDZTWA
WIELKOPOLSKIEGO

Załącznik nr 2 do wniosku o zwrot kosztów dojazdu

OŚWIADCZENIE OSOBY DOWOŻĄCEJ O DOWOŻENIU UCZESTNIKA/CZKI PROJEKTU NA MIEJSCE WSPARCIA

Ja niżej podpisany/na

.....

Oświadczam, że:

Dowodziłem/am Uczestnika/czkę Projektu Panią/Pana:

.....

na miejsce wsparcia. Trasę z miejsca zamieszkania Uczestnika/czki Projektu
na miejsce wsparcia pokonuję specjalnie w celu dowiezienia Uczestnika/czki Projektu.

.....
Podpis osoby dowożącej



STOWARZYSZENIE OSTROWSKIE CENTRUM WSPIERANIA PRZEDSIĘBIORCZOŚCI
ul. Szkolna 24, 63-400 Ostrów Wlkp.,
tel.: (62) 736 11 60,
NIP: 622-250-41-06, www.ocwp.org.pl



Fundusze Europejskie
dla Wielkopolski

Dofinansowane przez
Unię Europejską



SAMORZĄD
WOJEWÓDZTWA
WIELKOPOLSKIEGO

Załącznik nr 3 do wniosku o zwrot kosztów dojazdu

....., dn.....

OŚWIADCZENIE

Ja, oświadczam, że jestem
właścicielem konta bankowego:

Numer konta,

.....

(nazwa banku)

i wyrażam zgodę na dokonanie przelewu na wyżej wskazane konto bankowe, za stypendium
szkoleniowe/stażowe i innych należności z tytułu uczestnictwa w Projekcie, które dotyczy
Uczestnika/czki Projektu Pana/Pani

.....

(Imię i Nazwisko)

.....

(podpis właściciela konta)

Ja,

(Imię i Nazwisko)

Oświadczam, że wyrażam zgodę na dokonanie przelewu na powyższe konto bankowe
wszystkich moich należności z tytułu uczestnictwa w Projekcie.

.....

(podpis Uczestnika/czki Projektu)



STOWARZYSZENIE OSTROWSKIE CENTRUM WSPIERANIA PRZEDSIĘBIORCZOŚCI
ul. Szkolna 24, 63-400 Ostrów Wlkp.,
tel.: (62) 736 11 60,
NIP: 622-250-41-06, www.ocwp.org.pl



Załącznik nr 4 do wniosku o zwrot kosztów dojazdu

EWIDENCJA PRZEBIEGU POJAZDU ZA MIESIĄC.....20__ R.

Używający pojazdu:

Nazwisko i imię:

.....

Adres zamieszkania:

.....

Miejsce odbywania wsparcia:

Odległość z miejsca zamieszkania do miejsca realizacji wsparcia (w jedną stronę):

Nr rejestracyjny pojazdu:

Pojemność silnika:

*Stawka za 1 km przebiegu pojazdu:

1. o pojemności skokowej do 900 cm³ - 0,5214 PLN
2. o pojemności skokowej pow. 900 cm³ - 0,8358 PLN

Opis trasy wyjazdu (skąd-dokąd)	Cel wyjazdu	Ilość faktycznie przejechanych kilometrów (tam i powrót)	Ilość dni obecności	*Stawka za 1 km przebiegu	Wartość (ilość faktycznie przejechanych km x ilość dni obecności x stawka za 1 km przebiegu)
adres zamieszkania – miejsce odbywania wsparcia – adres zamieszkania					

.....
Podpis uczestnika/czki