



Fundusze Europejskie
dla Wielkopolski

Dofinansowane przez
Unię Europejską



SAMORZĄD
WOJEWÓDZTWA
WIELKOPOLSKIEGO

Projekt pod nazwą: „Szansa na nowy start” realizowany w ramach Osi priorytetowej 6 Fundusze europejskie dla Wielkopolski o silniejszym wymiarze społecznym (EFS+), Działanie 6.10 Aktywna integracja, **Programu Regionalnego Fundusze Europejskie dla Wielkopolski 2021 – 2027**, nr **FEWP.06.10-IP.01-0031/25**.

**WNIOSEK O ZWROT KOSZTÓW DOJAZDU realizowanego w ramach projektu
„Szansa na nowy start” - 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)				
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:	
--	--



STOWARZYSZENIE OSTROWSKIE CENTRUM WSPIERANIA PRZEDSIĘBIORCZOŚCI
ul. Bema 112, 63-400 Ostrów Wlkp.,
tel.: (62) 736 11 60,
NIP: 622-250-41-06, www.ocwp.org.pl

DANE RACHUNKU NA KTÓRY ZOSTANIE PRZELANY ZWROT KOSZTÓW DOJAZDU:

NAZWA BANKU:

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

NUMER RACHUNKU BANKOWEGO:[illegible]

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 Beneficijenta

Załącznik nr 2 do wniosku o zwrot kosztów dojazdu



Fundusze Europejskie
dla Wielkopolski

Dofinansowane przez
Unię Europejską



SAMORZĄD
WOJEWÓDZTWA
WIELKOPOLSKIEGO

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. Bema 112, 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. Bema 112, 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. Bema 112, 63-400 Ostrów Wlkp.,
tel.: (62) 736 11 60,
NIP: 622-250-41-06, www.ocwp.org.pl



Załącznik nr 6 do wniosku o zwrot kosztów dojazdu

EWIDENCJA PRZEBIEGU POJAZDU ZA MIESIĄC 20__ R.

Używający pojazd:

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 - 0,89 PLN
2. o pojemności skokowej pow. 900 cm³ - 1,15 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