



## Wniosek o zwrot kosztów opieki nad osobą niesamodzielną/opieki osoby trzeciej nad osobą po znieczuleniu\*

Imię i Nazwisko .....

PESEL

Adres:.....

*(kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu, nr mieszkania)*

Numer telefonu : .....

Wnioskuje o dokonanie zwrotu poniesionych przeze mnie kosztów opieki nad osobą niesamodzielną/opieki osoby trzeciej nad osobą po znieczuleniu:

Imię i nazwisko ..... Data ur. ....

Poniesione koszty potwierdzam:

potwierdzenie poniesionych kosztów (faktura/zaświadczenie poniesionych kosztów)

.....

inne

.....

Proszę o zwrot kosztów dojazdu na konto:

numer rachunku bankowego

.....

imię i nazwisko właściciela rachunku bankowego

Oświadczenie wnioskodawcy:

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów dokumentacji Programu\*
2. Oświadczam, że jestem zostałem/am zakwalifikowany/a do udziału w Programie i miałam/em wykonane badanie.

3. Uprzedzony/a o treści art. 233 § 1 Kodeksu Karnego stanowiącego, że „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”, potwierdzam własnoręcznym podpisem prawdziwość danych zawartych we wniosku.
4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku dla celów związanych z refundacją kosztów dojazdu, zgodnie z obowiązującymi ustawami.
5. Oświadczam, że zapoznałem się zasadami przyznawania refundacji kosztów dojazdu.

data i czytelny podpis

## ZASADY PRYZNAWANIA REFUNDACJI KOSZTÓW OPIEKI NAD OSOBĄ NIESAMODZIELNĄ

1. Przyznanie refundacji kosztów opieki na osobę niesamodzielną może ubiegać się uczestnik projektu. **Osobą niesamodzielną** jest osoba wymagająca ze względu na stan zdrowia lub wiek stałej opieki, połączona więzami rodzinnymi lub powinowactwem z osobą biorącą udział w Programie.
2. Uczestnik składa wniosek dołączając: dokument poniesionych kosztów ( np. faktura, umowy cywilno-prawne zawarte z osobami fizycznymi sprawującymi opiekę nad osobą niesamodzielną wraz z dokumentem potwierdzającym odprowadzenie odpowiednich składek i opłat, rachunki z instytucji opiekującymi się osobą niesamodzielną) **do wglądu**, akt urodzenia dziecka, orzeczenie o niepełnosprawności osoby niesamodzielnej oraz dokument potwierdzający stopień pokrewieństwa lub powinowactwa.
3. Wniosek o zwrot kosztów opieki nad osobą niesamodzielną należy złożyć w terminie do 7 dni od dnia uczestnictwa w projekcie.
4. Koszty opieki na osobą niesamodzielną refundowane są do wysokości 20,00 zł za godzinę opieki,  
max. ilość godzi refundacji 4 godziny.
5. Refundacja kosztów opieki nad osobą niesamodzielną uzależniona jest od posiadanego limitu środków w Projekcie przeznaczonym na ten cel.
6. Po pozytywnym rozpatrzeniu wniosku o refundację opieki nad osobą niesamodzielną, środki zostaną wypłacone na wskazany numer konta wnioskodawcy w terminie 14 dni.

### Oświadczenie

Zgodnie z art. 24. ust. 1 ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r. (tekst jednolity: Dz. U. z 2016 r. poz. 922 ze zm.) Administratorem danych jest ZZOZ Wadowice.

Dane będą przetwarzane wyłącznie dla celów dokumentacji programu profilaktyki raka jelita grubego współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

Dane nie będą udostępniane podmiotom innym niż uprawnione na mocy przepisów prawa, podającemu przysługuje prawo dostępu do treści danych oraz ich poprawiania.

Podanie danych jest obowiązkowe zgodnie z Ustawą z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz Ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

**Potwierdzenie odbioru:**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_

podpis pracownika

**Analiza wniosku**

Zgodnie z przedstawionymi dokumentami wnioskowana kwota refundacji kosztu dojazdu wynosi:

..... zł, słownie: .....

---

Koszt zatwierdzony do refundacji: .....

Pieczęć jednostki  
pracownika

data i podpis