



**Załączniki do Regulaminu Projektu**  
**pn. CZAS NA ZMIANĘ II – kompleksowe wsparcie osób pozostających bez zatrudnienia**  
**nr RPMP.08.02.00-12-0111/20**

1. Oświadczenie osoby pobierającej stypendium stażowe lub szkoleniowe
2. Wniosek o zwrot kosztów dojazdu
3. Wykaz dokumentów wymaganych do rozliczenia zwrotu kosztów dojazdu.
4. Zaświadczenie przewoźnika o koszcie biletu.
5. Wykaz dokumentów wymaganych do rozliczenia kosztów opieki nad osobą zależną/ dzieckiem do 7 roku życia.
6. Wniosek o pokrycie kosztów opieki nad osobą zależną/dzieckiem do 7 roku życia.
7. Dane osoby opiekującej się osobą zależną/dzieckiem do 7 roku życia.
8. Umowa zlecenie (na sprawowanie opieki na osobą zależną/dzieckiem do 7 roku życia).

Załącznik nr 1. do *Regulaminu Projektu CZAS NA ZMIANĘ II – kompleksowe wsparcie osób pozostających bez zatrudnienia*

**OŚWIADCZENIE OSOBY POBIERAJĄCEJ STYPENDIUM STAŻOWE LUB SZKOLENIOWE  
CZAS NA ZMIANĘ II – kompleksowe wsparcie osób pozostających bez zatrudnienia**

Nr RPMP.08.02.00-12-0111/20

Nazwisko: ..... Imiona:.....

Data urodzenia .....

Miejsce urodzenia: ..... PESEL .....

**DEKLARUJĘ CHĘĆ POBIERANIA STYPENDIUM SZKOLENIOWEGO/STAŻOWEGO :**

**TAK**

**NIE**

Miejsce zamieszkania:

Gmina : ..... Powiat: .....

Województwo: ..... kod .....

Miejscowość: ..... Ul: .....

Nr domu: .....

Nr mieszkania.....

Telefon: .....

Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia: .....

Imię i nazwisko właściciela rachunku bankowego

Nr rachunku bankowego | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_

**OŚWIADCZENIE O UBEZPIECZENIU SPOŁECZNYM**

Niniejszym oświadczam, że:

*W KAŻDEJ RUBRYCE WPISAĆ TAK LUB NIE (W przypadku wpisania TAK należy uzupełnić kolumnę po prawej)*

Jestem zarejestrowany/a w Powiatowym/Wojewódzkim Urzędzie Pracy		Nazwa Urzędu Pracy: .....
Pobieram zasiłek dla osób bezrobotnych		Zasiłek od dnia: ..... do dnia: .....
Jestem	emerytem	Nr decyzji: .....

	rencistą		Proszę dołączyć kopię decyzji przyznającej emeryturę/rentę (z uwzględnieniem dat)
Jestem osobą niepełnosprawną o stopniu niepełnosprawności			Stopień niepełnosprawności: ..... lekki/umiarkowany/znacny (wpisać właściwe)  Proszę dołączyć kopię decyzji orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (z uwzględnieniem dat)
Pobieram z tego tytułu świadczenia rentowe			Świadczenia rentowe od dnia: ..... do dnia: .....
Jestem zatrudniony/a w innym zakładzie pracy na umowę o pracę/cywilnoprawną/inna umowę			Rodzaj umowy: ..... Okres obowiązywania umowy: Nazwa zakładu pracy: NIP zakładu pracy:  Proszę dołączyć zaświadczenie z zakładu pracy
W ramach zatrudnienia przebywam na urlopie wychowawczym lub bezpłatnym			W okresie: od ..... do .....
Jestem uczniem szkoły ponadpodstawowej/studentem i nie ukończyłem/łam 26 lat, za wyjątkiem nauki w szkole dla dorosłych lub w szkole wyższej, gdzie studiuje w formie studiów niestacjonarnych			Jako potwierdzenie dołączam kopię legitymacji uczniowskiej/studenckiej. Jednocześnie zobowiązuję się dostarczyć co 6 miesięcy kopię aktualnej legitymacji uczniowskiej/studenckiej.
Jestem zgłoszony/a do ubezpieczeń społecznych w KRUS (Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego)			
Prowadzę działalność gospodarczą lub złożyłem/łam wniosek o wpis do ewidencji działalności gospodarczej			
Zgadzam się, że w przypadku konieczności objęcia mnie ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym Instytucja realizująca projekt " CZAS NA ZMIANĘ II – kompleksowe wsparcie osób pozostających bez zatrudnienia będzie dokonywała z tego tytułu płatności w moim imieniu			

1. Podane dane są zgodne ze stanem faktycznym. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego za składanie fałszywych zeznań (podanie nieprawdziwych informacji).
2. O wszystkich zmianach dotyczących informacji objętych niniejszym kwestionariuszem osobowym, w szczególności o zmianie okoliczności mających wpływ na obowiązek odprowadzania składek z tytułu ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych, zobowiązuję się pisemnie powiadomić Organizatora projektu, w terminie 3 dni od dnia zaistnienia takiej zmiany.
3. Jestem świadomy/a odpowiedzialności określonej Art. 98 Ustawy z dn. 13 października 1998 o systemie ubezpieczeń społecznych za brak terminowego powiadomienia Organizatora projektu o wszelkich zmianach uniemożliwiających prawidłowe zgłoszenie do ZUS.

.....  
data rozpoczęcia zajęć

.....  
podpis Uczestniczki/ka Projektu

**Instytut Turystyki w Krakowie Sp. z o.o.**

ul. Łęzce 23, 30-614 Kraków

tel. (12) 423 66 90, 531 060 533

www.itk.krakow.pl | www.facebook.com/instytut.turystyki.w.krakowie



Załącznik nr 3 do *Regulaminu Projektu CZAS NA ZMIANĘ II – kompleksowe wsparcie osób pozostających bez zatrudnienia*

## Wykaz dokumentów wymaganych do rozliczenia zwrotu kosztów dojazdu

1. W przypadku dojazdu pociągiem, busem, autobusem PKS lub MPK:
  - a) wniosek o zwrot kosztów dojazdu (Załącznik 2 do *Regulaminu Projektu*),
  - b) bilety lub zaświadczenie przewoźnika o cenie biletu
  - c) dowód zakupu biletu miesięcznego (jeżeli dotyczy).
  
2. W przypadku dojazdu samochodem prywatnym:
  - a) wniosek o zwrot kosztów dojazdu (Załącznik nr 2 do *Regulaminu Projektu*),
  - b) bilet lub zaświadczenie przewoźnika o cenie biletu
  - c) kserokopia prawa jazdy,
  - d) kserokopia dowodu rejestracyjnego pojazdu.

Załącznik nr 4 do Regulaminu Projektu CZAS NA ZMIANĘ II – kompleksowe wsparcie osób pozostających bez zatrudnienia

## Zaświadczenie przewoźnika o cenie biletu

Nazwa i adres firmy przewozowej:

.....

Zaświadczam, że koszt przejazdu na trasie z .....

do .....

w jedną stronę (bilet II klasy) wynosi: ..... zł.

.....

*Miejscowość i data*

.....

*Podpis i pieczęć przewoźnika*

Załącznik nr 5 do *Regulaminu Projektu CZAS NA ZMIANĘ II – kompleksowe wsparcie osób pozostających bez zatrudnienia*

## **Wykaz dokumentów wymaganych do rozliczenia kosztów opieki nad osobą zależną/ dzieckiem do 7 roku życia**

1. W przypadku opieki nad osobą zależną:
  - a) wniosek o pokrycie kosztów opieki nad osobą zależną/dzieckiem do lat 7 (Załącznik nr 6 do *Regulaminu Projektu*),
  - b) kopię decyzji ZUS o stopniu niezdolności do pracy lub orzeczenia o stopniu niepełnosprawności osoby zależnej, potwierdzonej przez pracownika Biura Projektu za zgodność z oryginałem,
  - c) inne dokumenty lub oświadczenia poświadczające konieczność stałej opieki nad osobą zależną (jeśli dotyczy),
  - d) kopię umowy cywilno-prawnej zawartej z osobą sprawującą opiekę nad osobą zależną za wykonaną usługę. Z umowy musi wynikać, na jaki okres umowa została zawarta oraz muszą być wskazane miesięczne koszty opieki nad osobą zależną (jeśli dotyczy),
  - e) kopię faktury VAT lub kopię umowy z opiekunem, instytucją zajmującą się opieką osoby zależnej itp. Z umowy musi wynikać, na jaki okres umowa została zawarta oraz muszą być wskazane miesięczne koszty opieki nad osobą zależną (jeśli dotyczy),
  - f) dane osoby opiekującej się osobą zależną/dzieckiem do lat 7 (jeśli dotyczy, Załącznik nr 7 do *Regulaminu Projektu*),
  - g) umowa zlecenie (jeśli dotyczy, Załącznik nr 8 do *Regulaminu Projektu*),
  
2. W przypadku opieki nad dzieckiem do lat 7:
  - a) wniosek o pokrycie kosztów opieki nad osobą zależną/dzieckiem do lat 7 (Załącznik nr 6 do *Regulaminu Projektu*),
  - b) kopia aktu urodzenia dziecka do lat 7 potwierdzona za zgodność z oryginałem przez Pracownika Biura Projektu,
  - c) kopię umowy cywilno-prawnej zawartej z osobą sprawującą opiekę nad dzieckiem do lat 7 za wykonaną usługę. Z umowy musi wynikać, na jaki okres umowa została zawarta oraz muszą być wskazane miesięczne koszty opieki nad dzieckiem do lat 7 (jeśli dotyczy),
  - d) kopię faktury VAT lub kopię umowy z opiekunem, instytucją zajmującą się opieką dziecka do lat 7 itp. Z umowy musi wynikać, na jaki okres umowa została zawarta oraz muszą być wskazane miesięczne koszty opieki nad dzieckiem do lat 7 (jeśli dotyczy),
  - e) dane osoby opiekującej się osobą zależną/dzieckiem do lat 7 (jeśli dotyczy, Załącznik nr 7 do *Regulaminu Projektu*),
  - f) umowa zlecenie (jeśli dotyczy, Załącznik nr 8 do *Regulaminu Projektu*).

Załącznik nr 6 do *Regulaminu Projektu CZAS NA ZMIANĘ II – kompleksowe wsparcie osób pozostających bez zatrudnienia*.....  
*Miejscowość, data***WNIOSEK O POKRYCIE KOSZTÓW OPIEKI NAD  
OSOBA ZALEŻNĄ/DZIECKIEM DO LAT 7**Ja, niżej podpisany/a .....  
*(imię i nazwisko)*Zamieszkały/a .....  
*(adres zamieszkania: miejscowość, kod pocztowy, ulica, nr domu / lokalu)*

PESEL .....

W związku z moim uczestnictwem w zajęciach organizowanych w ramach Projektu pn. *CZAS NA ZMIANĘ II – kompleksowe wsparcie osób pozostających bez zatrudnienia* o numerze RPMP.08.02.00-12-0111/20 realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020, zwracam się z wnioskiem o przyznanie mi należnego wsparcia w postaci pokrycia kosztów związanych ze sprawowaniem opieki nad:

- osobą zależną;  
 dzieckiem do lat 7.

Oświadczam, że:

- zostałam/em pouczone/a/y o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą,  
 posiadam pod swoją opieką osobę zależną/dziecko do lat 7 wymagającą opieki na czas mojego uczestnictwa w zajęciach organizowanych w ramach Projektu;  
 jestem jedyną osobą będącą w stanie pełnić opiekę nad osobą zależną/dzieckiem do lat 7 oraz nie mam możliwości zapewnienia bezpłatnej opieki osobie zależnej/dziecku do lat 7 na czas mojego udziału w zajęciach organizowanych w ramach ww. Projektu. Przyczyną pozostawania osoby zależnej pod moją opieką jest:
- wiek  
 stan zdrowia  
 inne .....

**Dane osoby zależnej/dziecka do lat 7**

Dane osoby zależnej/dziecka do lat 7	
Imię i nazwisko	
PESEL	
Adres zamieszkania	
Relacja rodzinna	

.....  
*Podpis Przedstawiciela Instytutu  
Turystyki w Krakowie Sp. z o.o.*.....  
*Podpis Uczestniczki/Uczestnika Projektu*



Załącznik nr 7 do Regulaminu Projektu CZAS NA ZMIANĘ II – kompleksowe wsparcie osób pozostających bez zatrudnienia

**DANE OSOBY OPIEKUJĄCEJ SIĘ OSOBĄ ZALEŻNĄ/DZIECKIEM DO LAT 7**

Nazwisko:	
Imię:	
Imię ojca:	
Imię matki:	
Data urodzenia:	
Miejsce urodzenia:	
PESEL:	
NIP:	
Telefon kontaktowy:	
Adres zamieszkania:	
Adres do korespondencji:	
Urząd Skarbowy (nazwa i adres):	
Numer rachunku bankowego:	

Czy podana osoba jest (proszę zaznaczyć właściwe):

- Osobą bezrobotną niezarejestrowaną w UP  
 Osobą bezrobotną zarejestrowaną w UP  
 Studentem  
 Emerytem  
 Rencistą  
 Osoba prowadząca działalność gospodarczą

Załącznik nr 8 do Regulaminu Projektu CZAS NA ZMIANĘ II – kompleksowe wsparcie osób pozostających bez zatrudnienia

**UMOWA ZLECENIE NR .....**

zawarta w dniu ..... w ..... pomiędzy:  
(data) (nazwa miejscowości)

Instytutem Turystyki w Krakowie Sp. z o.o. z siedzibą w 30-614 Kraków ul. Łężce 23, reprezentowanym przez Pana Wojciecha Burzyńskiego pełniącego funkcję Prezesa Zarządu, zwanym dalej **Zleceniodawcą**

a

Nazwisko:	
Imię:	
Imię ojca:	
Imię matki:	
Data urodzenia:	
Miejsce urodzenia:	
PESEL:	
Nr NIP:	
Adres zamieszkania:	
Urząd Skarbowy (nazwa i adres):	
Nr rachunku bankowego	
zwanym(ą) dalej <b>Zleceniobiorcą</b>	

**Umowa o następującej treści:**

1. Zleceniodawca powierza a Zleceniobiorca zobowiązuje się do *opieki nad osobą zależną/dzieckiem do lat 7 tj.*

..... (imię i nazwisko) *podczas przebywania Uczestniczki/Uczestnika*  
Projektu – **Pani/Pana** ..... (imię i nazwisko) na zajęciach:

- kurs/szkolenie (nazwa) - .....
- staż (nazwa Pracodawcy organizującego staż) - .....

- organizowanych w ramach Projektu pn. *CZAS NA ZMIANĘ II – kompleksowe wsparcie osób pozostających bez zatrudnienia* o numerze RPMP.08.02.00-12-0111/20 realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020, przez Instytut Turystyki w Krakowie Sp. z o.o.
2. Projekt i wynagrodzenie jest współfinansowane ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
  3. Zleceniobiorca zobowiązuje się wykonywać wymienione czynności w wymiarze ..... godzin szkoleniowych + 2 godz. na dojazd w każdym dniu, co stanowi ..... godz. w okresie **od** ..... **do** .....
  4. Za wykonanie czynności w punkcie 1 Zleceniobiorca otrzyma wynagrodzenie w wysokości ..... **zł brutto** (słownie: ..... złotych ...../100 brutto), co stanowi kwotę ..... złotych (słownie: ..... złotych ...../100) wraz z narzutami pracodawcy **za każdą godzinę** wykonywania czynności określonych w punkcie 1. Zleceniobiorca dokona stosownych potrąceń zgodnie z przepisami ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych oraz o systemie ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych.
  5. Zleceniodawca stwierdza, że należności finansowe dla Zleceniobiorcy z tytułu realizacji czynności wymienionych w pkt. 1 regulowane będą przelewem na podstawie przedłożonego rachunku płatnego do 14 dni od daty jego wystawienia.
  6. Zleceniodawca ponosi odpowiedzialność wobec osób trzecich z tytułu czynności wykonywanych na podstawie niniejszej umowy.
  7. W sprawach nieobjętych tekstem niniejszej umowy mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu Cywilnego.
  8. Wszelkie zmiany Umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
  9. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach po jednej dla każdej ze stron.

*Oświadczam, że otrzymałem egzemplarz niniejszej umowy i po zapoznaniu się z jej treścią przyjmuję zaproponowane mi warunki zlecenia i wynagrodzenia.*

---

*Podpis Zleceniodawcy*

---

*Podpis Zleceniobiorcy*