REGULAMIN REALIZACJI AKTYWNOŚCI FIRZYCZNEJ W PROJEKCIE ORAZ ZWROTU KOSZTÓW PONIESIONYCH ZA AKTYWNOŚĆ FIZYCZNĄ

nr FELD.08.04-IZ.00-0028/25

„Sprawny kręgosłup, aktywne życie – program rehabilitacji w IZ Medicall"

Projekt współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027
Priorytet 8.Fundusze europejskie dla edukacji i kadr w Łódzkiem
Działanie FELD.08.04 Zdrowy pracownik
Typ projektu: wdrożenie działań z zakresu rehabilitacji medycznej ułatwiających powrót do pracy oraz mających na celu utrzymanie pracownika na rynku pracy

§1. DEFINICJE

1. **Realizator projektu** – Beneficjent, "INSTYTUT ZDROWIA MEDICALL SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA" ul. Wojska Polskiego 77, 97-300 Piotrków Trybunalski
2. **Biuro projektu** – ul. Wojska Polskiego 77, 97-300 Piotrków Trybunalski
3. **Projekt** – nr FELD.08.04-IZ.00-0028/25 „Sprawny kręgosłup, aktywne życie – program rehabilitacji w IZ Medicall" realizowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027;
4. **RPZ** - Regionalny Program Zdrowotny, „Program rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego w zakresie chorób narządu ruchu", zgodnie z którym realizowany jest projekt;
5. **Instytucja Zarządzająca** –Województwo Łódzkie, al. Piłsudskiego 8, 90-051 Łódź, w imieniu którego działa Zarząd Województwa Łódzkiego;
6. **Kandydat/ka –** osoba ubiegająca się o udział w Projekcie, która złożył/a dokumenty rekrutacyjne i bierze udział w procesie rekrutacji do Projektu;
7. **Uczestnik projektu (UP)** - osoba zakwalifikowana do projektu zgodnie z zasadami określonymi w Regulaminie i bezpośrednio korzystająca ze świadczeń zdrowotnych oraz innych usług w ramach projektu;
8. **Forma wsparcia** – usługi zdrowotne przewidziane dla Uczestników w projekcie, których świadczenie zmierza do realizacji założonych celów projektu - zgodne z założeniami „Programu rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego w zakresie chorób narządów ruchu"

§2. ZASADY ZWROTU ŚRODKÓW

I. Uczestniczka/Uczestnik Projektu skierowany na zajęcia aktywności fizycznej (trwającej maksymalnie 3 miesiące – 12 wejść) zgodnie z zaleceniami otrzymanymi podczas II porady ma prawo do wyboru ścieżki realizacji Aktywności Fizycznej w ramach projektu :

Ścieżka nr 1 – pacjent sam dokonuje zakupu odpowiednio karnetu na wybraną przez siebie siłownię lub basen (w zależności od zaleceń otrzymanych podczas porady)

Ścieżka nr 2 - pacjent korzysta z obiektów z którymi Realizator projektu zawarł umowy na zakup karnetów.

Pacjent składa oświadczenie na karcie potwierdzającej uczestnictwo w aktywności fizycznej o wyborze ścieżki.

I.1. Zasadny realizacji Ścieżki nr 1:

1. Pacjent w przypadku wyboru ścieżki nr I otrzyma refundację kosztów udziału w zajęciach aktywności fizycznej, zgodne ze wskazówkami otrzymanymi przez pacjenta podczas II porady rehabilitacyjnej – zaleceniami odnośnie rodzaju, częstotliwości i czasu trwania aktywności.
2. Założono, że z zajęć aktywności fizycznej skorzysta 350 pacjentów, z tego 175 osób skorzysta z karnetów sportowych przez max 3 miesiące, a 175 osób skorzysta z max 12 wejść na basen (przez ok. 3 m-ce).
3. Refundacja dotyczy kosztów poniesionych na:
   1) karnet na basen,
   2) zajęcia sportowe (siłownia lub klub sportowy)
4. Maksymalna kwota refundacji dla 1 uczestnika za **12 wejść na basen** (średnio 4 wejścia w miesiącu po 26 zł) wynosi **312,00 zł. brutto** za okres nieprzekraczający 3 miesięcy, przy czym koszt jednego miesięcznego karnetu na basen nie może przekroczyć kwoty **104,00 zł brutto.**
5. Maksymalna kwota refundacji dla 1 uczestnika za **zajęcia sportowe 12 wejść** (średnio 4 wejścia w miesiącu) wynosi łącznie **409,50 zł. brutto**. Refundacja przysługuje za okres nieprzekraczający 3 miesięcy, przy czym koszt jednego miesięcznego karnetu nie może przekroczyć kwoty **136,50 zł brutto.**
6. Warunkiem uzyskania refundacji jest:
   1) faktyczne poniesienie kosztu przez Uczestniczkę/Uczestnika Projektu, potwierdzone imiennym dokumentem księgowym i dowodem zapłaty. (np. rachunek wystawiony na uczestnika projektu oraz Wyciąg Bankowy/ Potwierdzenie transakcji zapłaty z konta Uczestnika projektu. W przypadku zapłaty gotówką-na dokumencie księgowym (fakturze lub rachunku) musi być adnotacja „zapłacono gotówką".
   2) przedstawienie potwierdzenia odbycia Aktywności Fizycznej **(załącznik nr 1 do Regulaminu)**
   3) złożenie wniosku o refundację kosztów (**załącznik nr 2 do Regulaminu),**
   4) przedłożenie oryginałów dokumentów potwierdzających poniesienie wydatku (np. faktura, rachunek wraz z potwierdzeniem zapłaty np. potwierdzenie transakcji w banku),
7. Uczestnik projektu składa oświadczenie w sprawie otrzymywania lub nie otrzymywania dopłat na aktywność fizyczną od pracodawcy.
8. W przypadku gdy uczestnik oświadczy, iż otrzymuje dopłatę od pracodawcy wówczas Uczestnik ma obowiązek przedstawić zaświadczenie od pracodawcy o wysokości otrzymywanych dopłat w jednym miesiącu (w celu uniknięcia podwójnego finansowania zwrotu tych samych kosztów w ramach projektu)
9. W przypadku współfinansowania pracodawcy w ramach kart fit-profit oraz multisport sfinansowanie aktywności fizycznej jest dopuszczalne o ile nie dojdzie do podwójnego finansowania uczestnikowi tego samego wydatku z projektu i przez jego pracodawcę. (Zgodnie z „Wytycznymi dotyczącymi kwalifikowalności wydatków na lata 2021–2027" Podrozdział 2.3. Wydatki niekwalifikowalne pkt. niedozwolone jest podwójne finansowanie wydatków.)
10. W przypadku finansowania zajęć z Aktywności Fizycznej w ramach finansowań pracodawcy o których mowa w pkt. 8 dopuszczalna jest refundacja różnicy w poniesionych kosztach między dopłatą pracodawcy a maksymalną kwotą refundacji o której mowa w pkt. 4 oraz pkt. 5.
    Przykład:
    <u>dopuszczalna jest sytuacja</u>
    - uczestnik refunduje z projektu 71,50 zł/od pracodawcy 65 zł. (łączna kwota 136,50 zł)

Projekt nr FELD.08.04-IZ.00-0028/25 „Sprawny kręgosłup, aktywne życie – program rehabilitacji w IZ Medicall" współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027

11. Wniosek o refundację kosztów zajęć sportowych należy złożyć w Biurze Realizatora Projektu w terminie do 10 dni roboczych od zakończenia okresu aktywności fizycznej, chyba że Biuro Realizatora Projektu wskaże inny termin.
12. Zwrot środków następuje na wskazane we wniosku konto w terminie 30 dni od prawidłowo dostarczonych dokumentów do biura projektu.

II.1. Zasadny realizacji Ścieżki nr 2:

1. Pacjent składa oświadczenie na karcie potwierdzającej uczestnictwo w aktywności fizycznej o wyborze ścieżki nr 2. Tym samym deklaruje chęć korzystania z obiektów z którymi Realizator projektu zawarł umowy na zakup karnetów.
2. Realizator projektu zakupuje dla pacjenta odpowiednio karnet na basen lub siłownię na okres 3 miesięcy (średnio 4 wejścia w miesiącu po min. 60 min. Przez okres 3 miesięcy- razem 12 wejść) i przekazuje pacjentowi za potwierdzeniem otrzymania karnetu wraz z kartą potwierdzającą uczestnictwo aktywności fizycznej.
3. Pacjent nie otrzymuje refundacji.
4. Najpóźniej w dniu wizyty końcowej Pacjent ma obowiązek przedstawić do rozliczenia potwierdzenie odbycia Aktywności Fizycznej (załącznik nr 1 do Regulaminu)
5. W przypadku braku potwierdzenia Aktywności Fizycznej Beneficjent nie będzie mógł rozliczyć kosztu zakupu karnetu w projekcie co uprawni go do dochodzenia od uczestnika Projektu zwrotu kosztów zakupu karnetu, a uczestnik projektu przyjmuje tę informację do wiadomości i akceptuje.

Załącznik nr 1

POTWIERDZENIE UCZESTNICTWA W AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ

Niniejszym potwierdza się uczestnictwo w zajęciach aktywności fizycznej Uczestnika

Projekt nr FELD.08.04-IZ.00-0028/25 „Sprawny kręgosłup, aktywne życie – program rehabilitacji w IZ Medicall" współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027

Projektu FELD.08.04-IZ.00-0028/25 „Sprawny kręgosłup, aktywne życie – program rehabilitacji w IZ Medicall”

Imię i Nazwisko uczestnika……

PESEL……

☐ Oświadczam, iż zrealizuję Aktywność Fizyczną w formie **I Ścieżki (samodzielny zakup karnetów)**
☐ Oświadczam, iż zrealizuję Aktywność Fizyczną w formie **II Ścieżki (wybieram formę otrzymania karnetu od Beneficjenta Projektu)** [1],[2]

Rodzaj zajęć:
☐ Karnet na basen / zajęcia sportowe: ☐ Zajęcia siłownia ☐ Klub sportowy

L.P.	Data	Długość zajęć np. 1 Godzina	Podpis czytelny lub pieczęć i parafka osoby prowadzącej zajęcia/ uprawniającej do wejść na basen/do klubu fitness	Podpis uczestnika projektu
1				
2				
3				
4				
5				

[1] Oświadczam iż zapoznałem/zapoznałam się z zasadami realizacji ścieżki nr II oraz zostałem poinformowany/ poinformowana, iż w przypadku braku złożenia przeze mnie potwierdzenia Aktywności Fizycznej Beneficjent nie będzie mógł rozliczyć kosztu zakupu karnetu w projekcie co uprawni go do dochodzenia ode mnie zwrotu kosztów zakupu karnetu, co przyjmuje i akceptuje.

[2] Oświadczam iż zapoznałem/zapoznałam się z zasadami realizacji ścieżki nr I oraz zostałem poinformowany/ poinformowana o możliwości realizacji Aktywności Fizycznej samodzielnie w dowolnie wybranym miejscu. Deklaruję niemniej wybór ścieżki nr II.

Projekt nr FELD.08.04-IZ.00-0028/25 „Sprawny kręgosłup, aktywne życie – program rehabilitacji w IZ Medicall” współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027

6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

Załącznik nr 2

Wniosek Uczestnika projektu o zwrotu kosztów aktywności fizycznej (Ścieżka nr 1 – samodzielny zakup karnetów)

Imię i nazwisko Uczestnika/czki Projektu:……

Pesel ……...

Oświadczam, że uczestniczyłem/am w aktywności fizycznej w ramach projektu Projekt FELD.08.04-IZ.00-0028/25 „Sprawny kręgosłup, aktywne życie – program rehabilitacji

Projekt nr FELD.08.04-IZ.00-0028/25 „Sprawny kręgosłup, aktywne życie – program rehabilitacji w IZ Medicall" współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027

w IZ Medicall" w związku z tym wnioskuję o zwrot kosztów za aktywność fizyczną która **realizowana była zgodnie z zaleceniami otrzymanymi na II poradzie rehabilitacyjnej.** Aktywność zrealizowałem/am w liczbie wejść: 12 przy czym (4 x w miesiącu)

Oświadczam, że *(proszę zaznaczyć właściwe)*

c **otrzymuję** dofinansowanie od pracodawcy na realizację zajęć aktywności fizycznej

c **nie otrzymuję** dofinansowania od pracodawcy na realizację zajęć aktywności fizycznej

Jednocześnie oświadczam, że wnioskowana refundacja dotyczy wyłącznie kosztów poniesionych w związku z udziałem w Projekcie i nie została ani nie zostanie sfinansowana z innych środków publicznych.

Proszę o wypłacenie zwrotu kosztów na **konto bankowe numer:**

Nazwa banku:
……...

Pouczony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego „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 od 6 miesięcy do lat 8.", oświadczam,
że powyższe informacje są zgodne z prawdą.

……..……..
Data i czytelny podpis Uczestnika/czki Projektu

Do wniosku przedkładam następujące załączniki:
1. Wypełnioną i podpisaną kartę aktywności fizycznej
2. Rachunki/faktury za zakup zajęć/wejść na basen
3. Dokument księgowy potwierdzający zapłatę za 12 wejść (4 wejścia w miesiącu)
4. Zaświadczenie od pracodawcy w sprawie wysokości otrzymywanych dopłat na aktywność fizyczną

Projekt nr FELD.08.04-IZ.00-0028/25 „Sprawny kręgosłup, aktywne życie – program rehabilitacji w IZ Medicall" współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027