



*Załącznik nr 1
do Regulaminu refundacji kosztów poniesiony
za prywatną wizytę dziecka u lekarza psychiatry
w ramach projektu „Pomorskie dzieciom”*

.....
(miejsowość, data)

Rodzina zastępcza: spokrewniona,
niezawodowa, zawodowa specjalistyczna,
zawodowa pełniąca funkcję pogotowia
rodzinnego, rodzinny dom dziecka *.

.....
(Imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

**Powiatowe Centrum
Pomocy Rodzinie
ul. Miła 26
77-100 Bytów**

WNIOSEK

Zwracam się z prośbą o refundację kosztów poniesiony za prywatną wizytę dziecka
..... u lekarza psychiatry w ramach projektu „Pomorskie dzieciom”
współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach
Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020,
Poddziałanie 6.2.2. Rozwój usług społecznych.

Oświadczam, że w/w wizyta odbyła się w dniu.....

Refundację kosztów poniesiony za prywatną wizytę dziecka u lekarza psychiatry
proszę przelać na konto bankowe o numerze:

.....
(podpis rodzica zastępczego/ prowadzącego rodzinny dom dziecka)

W załączeniu :

1. Dokument potwierdzający poniesione koszty za wizytę dziecka u lekarza psychiatry

* **niewłaściwe skreślić.**



Przychylam / nie przychylam się do prośby.

Bytów, dn.
(data)

.....
(pieczęć i podpis dyrektora)

Regulamin refundacji kosztów poniesionych za prywatną wizytę dziecka umieszczonego w rodzinnej formie pieczy zastępczej u lekarza psychiatry w ramach projektu „Pomorskie dzieciom”

§ 1

1. Niniejszy regulamin (zwany dalej regulaminem) określa zasady i warunki pokrywania kosztów prywatnych wizyt dzieci umieszczonych w rodzinnych formach pieczy zastępczej na terenie powiatu bytowskiego u lekarza psychiatry w ramach projektu „Pomorskie dzieciom” (zwany dalej projektem) współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego.
2. Projekt realizowany jest przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Bytowie, zwane dalej PCPR na podstawie umowy nr 8/U-ROPS-EFS/2021.
3. Projekt jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020, Poddziałanie 6.2.2. Rozwój usług społecznych.
4. Każde dziecko w ramach projektu może skorzystać z 10 konsultacji u lekarza psychiatry.

§ 2

1. Zwrot kosztów poniesionych za prywatną wizytę dziecka u lekarza psychiatry nastąpi na podstawie dostarczonego do PCPR w Bytowie wniosku wraz z dokumentem potwierdzającym udzielenie konsultacji psychiatrycznej (np. faktura, rachunek lub inny dowód wpłaty wystawiony imiennie na rodzica zastępczego lub prowadzącego rodzinny dom dziecka), wydanego przez placówkę medyczną, w której odbyła się ww. wizyta.
2. Wniosek wraz z dokumentem potwierdzającym poniesione koszty za wizytę dziecka u lekarza psychiatry należy złożyć w PCPR w Bytowie ul. Miła 26, 77-100 Bytów.
3. Koszty zwrotu poniesione za prywatne wizyty dzieci u lekarza psychiatry refundowane będą jedynie na podstawie kompletnie złożonych wniosków.

§ 3

1. Refundacja kosztów za prywatną wizytę dziecka u lekarza psychiatry dokonywana jest na rachunek bankowy wskazany przez rodzinę zastępczą/prowadzących rodzinny dom dziecka w załączniku nr 1.
2. Po sprawdzeniu wniosku pod kątem merytorycznym i formalnym przez pracownika Działu Pieczy Zastępczej i Realizacji Świadczeń Socjalnych w PCPR w Bytowie, wniosek zostanie przekazany Dyrektorowi Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Bytowie celem zatwierdzenia.
3. Wypłata środków nastąpi w terminie 14 dni od dnia złożenia kompletnego wniosku na rachunek bankowy wskazany przez rodzinę zastępczą/prowadzących rodzinny dom dziecka we wniosku.

§ 4

1. Refundacji będą podlegać koszty wizyt lekarskich, które odbędą się do dnia 31 stycznia 2023 r.
2. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Bytowie zapewnia sobie prawo zmiany regulaminu.

DYREKTOR
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
w Bytowie
mgr Wojciech Kwaśniewski