

OŚWIADCZENIE

.....

Imię i nazwisko

Specjalisty członek Wojewódzkiego Zespołu.

do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności do spraw ustalania poziomu potrzeby wsparcia

Zgodnie z § 3 ust. 2 Zarządzenia Nr ..... Wojewody Łódzkiego z dnia .....2023 r. w sprawie ustalenia składu oraz określenia wynagrodzenia dla członków Wojewódzkiego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności ustalających poziom potrzeby wsparcia wnoszę o zwrot kosztów podróży i noclegu w związku z uczestnictwem w dniach ..... w obowiązkowym szkoleniu dla specjalistów ustalających poziom potrzeby wsparcia w Biurze Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych w Warszawie, co wynika z zapisu § 27 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z dnia 23 listopada 2023 r. w ustalania poziomu potrzeby wsparcia (Dz. U. poz. 2581), na wniosek Przewodniczącego Wojewódzkiego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Łodzi zgodnie z § 22 ust. 1 powołanego rozporządzenia i § 4 pkt 4 Zarządzenia Nr ..... Wojewody Łódzkiego z dnia .....2023 r. w sprawie ustalenia składu oraz określenia wynagrodzenia dla członków Wojewódzkiego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności ustalających poziom potrzeby wsparcia w wysokości:

.....zł brutto – koszty podróży (na podstawie kosztu przejazdu drugą klasą masowego środka transportu),

.....zł brutto – koszty przejazdu komunikacją miejską (na podstawie aktualnej taryfy komunikacji miejskiej w miejscu szkolenia),

.....zł brutto – koszty noclegu – w przypadku, gdy faktura opiewa na kwotę wyższą niż ustalony limit, wpisać kwotę 300,00 zł

Razem .....zł brutto

(słownie złotych:.....)

Nr konta bankowego: .....

.....  
Podpis specjalisty członka WZON

Załączniki:

- 1) faktura imienna za nocleg,
- 2) .....

\*) Niepotrzebne skreślić