



Załącznik nr 7 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

Wniosek Uczestnika/czki projektu o zwrot kosztów opieki nad dzieckiem lub osobą zależną

Ja, niżej podpisany/a

.....
Imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie

Zamieszkały/a

.....
Adres zamieszkania: kod, miejscowość, ulica, nr domu/mieszkania

oświadczam, iż

- ☐ **sprawuję opiekę nad dzieckiem w wieku żłobkowym lub przedszkolnym**, pozostającym ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym, co potwierdzam załączaną do niniejszego wniosku kopią aktu urodzenia dziecka;
- ☐ **sprawuję opiekę nad osobą zależną** – oznacza to osobę wymagającą ze względu na stan zdrowia lub wiek stałej opieki, połączoną ze mną więzami rodzinnymi lub powinowactwem lub pozostającą z nią we wspólnym gospodarstwie domowym, co potwierdzam załączonymi do niniejszego wniosku kopiami dokumentów poświadczającymi stan zdrowia wyżej wskazanej osoby i dokumentem potwierdzającym stopień pokrewieństwa/powinowactwa tj.:
 - ☐ **orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności** - ze wskazaniem o konieczności zapewnienia opieki/wsparcia i/lub
 - ☐ **zaświadczeniem lekarskim**

Z tytułu uczestnictwa w szkoleniu/kursie **zapewniam opiekę:**

- ☐ **nad dzieckiem w wieku żłobkowym lub przedszkolnym**, pozostającym ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym i z tego tytułu ponoszę koszt opłaty za pobyt w przedszkolu/żłobku/innej instytucji, uprawnionej do sprawowania opieki nad dziećmi, wynikający z legalnej (spełniającej wymagania nałożone odrębnymi przepisami podatkowym i ubezpieczeń społecznych) umowy cywilnoprawnej¹.
- ☐ **nad osobą zależną** i z tego tytułu ponoszę koszt opłaty za pobyt wyżej wskazanej osoby w instytucji świadczącej usługi opiekuńcze, wynikający z legalnej (spełniającej wymagania nałożone odrębnymi przepisami – podatkowymi, ubezpieczeń społecznych) umowy cywilnoprawnej.

¹ Zwrot kosztów opieki nad dzieckiem do lat 3 nie obejmuje miejsc opieki dofinansowywanych ze środków Funduszu Europejskiego dla Rozwoju Społecznego, Krajowego Planu Odbudowy lub z innych środków publicznych oraz nie obejmuje nieinstytucjonalnych form opieki (niania). Wsparcie nie może być udzielane również na tworzenie nowych miejsc opieki nad dziećmi do lat 3.



WYPEŁNIA Róg Consulting & Business Training Sp. z o. o
Biuro projektu: Aleja Niepodległości 4 lok. 204, 96-100 Skierniewice

Zwrot kosztów opieki = (..... zł ÷
dni roboczych) × ilość faktycznych dni, w których
Uczestnik/czka projektu korzystał/a ze wsparcia w ramach projektu w trakcie
których zapewniał/a opiekę nad dzieckiem lub dziećmi do lat 7 oraz osobami
zależnymi = zł..... X
zł = zł

.....

Data

.....

Podpis pracownika Biura Projektu/
Kierownika Projektu