

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 pozostając 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**
- ☐ **staż**

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

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.



(spełniającej wymagania nałożone odrębnymi przepisami – podatkowymi, ubezpieczeń społecznych) umowy cywilnoprawnej.

Dowodem poniesienia przez mnie w/w wydatku jest załączony do niniejszego wniosku dokument księgowy (faktura/rachunek) lub inny dokument księgowy o równoważnej wartości dowodowej wraz z dowodem zapłaty.

Zwrotu proszę dokonać na poniżej wskazane konto bankowe którego jestem posiadaczem/ką.

Dane do przelewu																												
Właściciel konta bankowego (imię nazwisko):																												
Adres zamieszkania: (kod/ miasto/ ulica/ nr domu/ nr lokalu):																												
Nr konta bankowego:																												

Oświadczam, że powyższe informacje są prawdziwe zgodne ze stanem rzeczywistym, jednocześnie oświadczam, że nikt z domowników w okresie odbywania przez mnie szkolenia w ramach projektu „Moc Możliwości - Młodzi w

.....
Data

.....
Czytelny podpis Uczestnika/czki projektu

Działaniu!” nie może sprawować opieki nad dzieckiem/osoba zależną.



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 Biura
pracownika
Projektu/Kierownika Projektu

.....

Data

.....

Podpis Biura projektu