*Projekt „Siła Przedsiębiorczości” współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego realizowany przez ASP PROJECT CONSULTING Anna Pawlos w partnerstwie z FDS Michał Krempa na podstawie Umowy o dofinansowanie projektu nr RPPK.07.03.00-18-0089/19-00 zawartej z Województwem Podkarpackim - Wojewódzkim Urzędem Pracy   
w Rzeszowie, pełniącym rolę Instytucji Pośredniczącej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020, Oś Priorytetowa VII Regionalny Rynek Pracy, Działanie 7.3 Wsparcie rozwoju przedsiębiorczości.*

………………………………………………

(imię i nazwisko)

………………………………………………

(adres zamieszkania)

**WNIOSEK O ZWROT** **KOSZTÓW OPIEKI NAD DZIECKIEM DO LAT 7   
LUB OSOBĄ ZALEŻNĄ**

Zwracam się z prośbą o zwrot kosztów opieki nad dzieckiem do lat 7/osobą zależną\* *……………………………………………………………………………….. (imię i nazwisko osoby zależnej)* poniesiony przeze mnie przez okres mojego uczestnictwa w szkoleniu w dniu ………………..*……………………………………………………………….…………………………………….. (prosz*ę *poda*ć *terminy, w których sprawowana była opieka nad dzieckiem lub osobą zależną)* organizowanym w ramach projektu „*Siła Przedsiębiorczości”* współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Należną mi kwotę w wysokości: …………….zł, słownie: ……………………………………………

proszę przekazać na konto:

…………………………………………………………………………..………………………

(numer konta)

………………………………………………………………………………………………….

(nazwa banku)

…………..…......................................................

data i podpis Uczestnika/Uczestniczki projektu

\*- niepotrzebne skreślić

Jednocześnie oświadczam, że:

1. Jestem osobą samotnie opiekującą się dzieckiem do lat 7/osobą zależną lub współmałżonek jest osobą pracującą zatem nie może sprawować opieki nad dzieckiem do lat7/osobą zależną w czasie mojego uczestnictwa w szkoleniu.

…………..…......................................................

data i podpis Uczestnika/Uczestniczki projektu

1. Osoba zależna przebywa wraz ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym.

…………..…......................................................

data i podpis Uczestnika/Uczestniczki projektu

1. Uprzedzona o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 6 Kodeksu karnego, potwierdzam prawdziwość powyższych danych*.*

…………..…......................................................

data i podpis Uczestnika/Uczestniczki projektu

1. Oświadczam, iż zapoznałem się i akceptuje warunki *Regulaminu* *zwrotu kosztów opieki nad dzieckiem do lat 7 lub* *osobą zależną* *oraz zwrotu kosztów dojazdu* i biorę pełną odpowiedzialność za wybór Instytucji uprawnionej do sprawowania opieki nad osobami zależnymi lub/i Opiekuna/Opiekunki, który sprawował opiekę nad dzieckiem lub osobą zależną w okresie mojego uczestnictwa w szkoleniu.

…………..…......................................................

data i podpis Uczestnika/Uczestniczki projektu

1. Opiekun/Opiekunka sprawująca opiekę nad dzieckiem do lat 7/osobą zależną nie jest ze mną spokrewniony/a.

…………..…......................................................

data i podpis Uczestnika/Uczestniczki projektu

Złączniki:

1. Dokument poświadczający stan zdrowia osoby zależnej np. orzeczenie o niepełnosprawności ze wskazaniem konieczności zapewnienia stałej opieki lub innych dokumentów poświadczających stan zdrowia osoby zależnej lub konieczność stałej opieki nad osobą zależną (np. opinii lekarza dotyczącej wymaganej opieki nad osoba zależną),
2. w przypadku wynajęcia Opiekuna/Opiekunki

* umowę zlecenie zawartą z Opiekunem/Opiekunką sprawującym/sprawującą opiekę nad dzieckiem lub osobą zależną,
* rachunek do umowy zlecenia zawartej z Opiekunem/Opiekunką za wykonaną usługę wraz z dowodem zapłaty,

1. w przypadku pobytu osoby zależnej w instytucji uprawnionej do sprawowania opieki nad osobami zależnymi:

* rachunek lub faktura za dni pobytu osoby zależnej w instytucji uprawnionej do sprawowania opieki nad osobami zależnymi, w czasie odbywania szkoleń przez Uczestniczkę projektu,
* dowód zapłaty rachunku lub faktury.