



Załącznik nr 1 do Regulaminu zwrotu kosztów opieki nad dzieckiem do lat 7 / osobą zależną dla Uczestników/czek Projektu „Siła młodości” nr FEDS.07.05-IP.02-0147/24

## **WNIOSEK O ZWROT KOSZTÓW OPIEKI NAD DZIECKIEM DO LAT 7**

w ramach Projektu „Siła młodości” nr FEDS.07.05-IP.02-0147/24

<b>Imię i nazwisko Uczestnika/czki Projektu:</b>	
<b>Adres zamieszkania:</b>	
<b>Forma wsparcia<sup>1</sup>:</b>	
<b>Okres / termin zajęć:</b>	

Wnoszę o zwrot poniesionych przeze mnie kosztów opieki nad dzieckiem

1. ....  
(imię i nazwisko dziecka)
2. ....  
(data urodzenia)
3. ....  
(nazwa placówki / imię i nazwisko osoby sprawującej opiekę)

w związku z moim uczestnictwem w wyżej wymienionym wsparciu (oraz okresie) organizowanym w ramach Projektu „Siła młodości” nr FEDS.07.05-IP.02-0147/24.

Koszt, który został przeze mnie poniesiony to: ..... zł

Słownie:.....

<sup>1</sup> Identyfikacja potrzeb i opracowanie Indywidualnego Planu Działania, Treningi kompetencji społecznych, Szkolenia podnoszące kompetencje cyfrowe, Indywidualne poradnictwo psychologiczne, Indywidualne poradnictwo prawne, Indywidualne poradnictwo zawodowe w formie jobcoachingu, Szkolenia zawodowe, Staż, Indywidualne pośrednictwo pracy





**Jednocześnie oświadczam, że:**

1. Dziecko przebywa wraz ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym.

.....

**data i podpis Uczestnika/czki Projektu**

2. Nie mam możliwości zapewnienia dziecku bezpłatnej opieki na czas mojego uczestnictwa we wsparciu:

.....

(nazwa formy wsparcia)

przyznanym mi w ramach udziału w Projekcie „Siła młodości”  
nr FEDS.07.05-IP.02-0147/24.

.....

**data i podpis Uczestnika/czki Projektu**

3. Opiekun sprawujący opiekę nad dzieckiem nie jest ze mną spokrewniony.  
(dot. osób wnoszących o zwrot kosztów opieki sprawowanej nad dzieckiem  
przez opiekuna na podstawie umowy cywilnoprawnej)

.....

**data i podpis Uczestnika/czki Projektu**

4. Zapoznałem/am się i akceptuję warunki Regulaminu zwrotu kosztów opieki  
nad dzieckiem do lat 7 / osobą zależną dla Uczestników/czek Projektu  
„Siła młodości” nr FEDS.07.05-IP.02-0147/24 i biorę pełną odpowiedzialność za  
wybór Instytucji uprawnionej do sprawowania opieki nad dzieckiem lub/i  
opiekuna, który sprawował opiekę nad dzieckiem w okresie mojego uczestnictwa  
w Projekcie.

.....

**data i podpis Uczestnika/czki Projektu**

5. Wszystkie dane zawarte w niniejszym wniosku są prawdziwe.

.....

**data i podpis Uczestnika/czki Projektu**