



Fundusze Europejskie
dla Dolnego Śląska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



**DOLNY
ŚLĄSK**

Załącznik nr 2 do Regulaminu zwrotu kosztów opieki nad dzieckiem do lat 3/osobą zależną dla Uczestników/czek Projektu „Zmiana na lepsze!”
nr FEDS.07.09-IP.02-0046/24

WNIOSEK O ZWROT KOSZTÓW OPIEKI NAD OSOBĄ ZALEŻNĄ

Dane Uczestnika/czki projektu:	
Imię i Nazwisko:	
Adres zamieszkania:	
Forma wsparcia ¹ :	
Miesiąc/okres rozliczenia kosztów opieki:	

Wnoszę o zwrot kosztów opieki osobą zależną poniesionych w związku z moim uczestnictwem we wskazanym powyżej wsparciu (oraz okresie) w ramach Projektu „Zmiana na lepsze!” nr FEDS.07.09-IP.02-0046/24:

Dane osoby zależnej:	
Imię i Nazwisko:	
Nazwa placówki / Imię i Nazwisko osoby sprawującej opiekę	
Koszt, który został poniesiony zł słownie

¹ Wpisać właściwe: Indywidualne doradztwo zawodowe wraz z przygotowaniem/aktualizacją IPD, Szkolenia podnoszące kompetencje cyfrowe, Szkolenia zawodowe, Indywidualne pośrednictwo pracy.



Fundusze Europejskie
dla Dolnego Śląska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



**DOLNY
ŚLĄSK**

Jednocześnie oświadczam, że:

1. Jestem osobą samotnie opiekującą się osobą zależną.

.....
data i podpis Uczestnika/czki Projektu

2. Nie mam możliwości zapewnienia osobie zależnej bezpłatnej opieki na czas mojego uczestnictwa we wsparciu, którego dotyczy wniosek.

.....
data i podpis Uczestnika/czki Projektu

3. Opiekun sprawujący opiekę nad osobą zależną nie jest ze mną spokrewniony (dotyczy osób wnioskujących o zwrot kosztów opieki nad osobą zależną, sprawowanej przez opiekuna na podstawie umowy cywilnoprawnej).

.....
data i podpis Uczestnika/czki Projektu

4. Z osobą zależną zamieszkuję we wspólnym gospodarstwie domowym oraz pozostaję w powiązaniu więzami rodzinnymi lub powinowactwem

.....
(należy wskazać stopień pokrewieństwa)

.....
data i podpis Uczestnika/czki Projektu

5. Zapoznałem/am się i akceptuję warunki Regulaminu zwrotu kosztów opieki nad dzieckiem do lat 3/ osobą zależną Uczestników/czek Projektu „Zmiana na lepsze!” nr FEDS.07.09-IP.02-0046/24 i biorę pełną odpowiedzialność za wybór instytucji uprawnionej do sprawowania opieki nad osobą zależną i/lub opiekuna, który sprawował opiekę nad osobą zależną w okresie mojego uczestnictwa w Projekcie.

.....
data i podpis Uczestnika/czki Projektu

6. Jestem świadomy/a odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą i niniejszym oświadczam, że informacje zawarte w oświadczeniu są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

.....
data i podpis Uczestnika/czki Projektu