



Oświadczam, że właścicielem powyższego konta:

Jestem ja lub jest:

.....

(imię i nazwisko)

.....

(adres)

Do niniejszego wniosku załączam:

- Potwierdzoną za zgodność z oryginałem kopię orzeczenia o niepełnosprawności osoby zależnej, ze wskazaniem o konieczności zapewnienia stałej opieki
- potwierdzoną za zgodność z oryginałem kopię umowy cywilnoprawnej zawartej z opiekunem / kopię umowy z instytucją sprawującą opiekę wraz z dowodami zapłaty obowiązkowych składek do ZUS oraz podatku dochodowego do Urzędu Skarbowego
- potwierdzoną za zgodność z oryginałem fakturę lub inny dokument księgowy o równoważnej wartości dowodowej za pobyt dziecka do lat 7 / osoby zależnej w instytucji opiekuńczej za dany okres wraz z dowodami zapłaty

Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem zwrotu kosztów opieki nad dzieckiem do lat 7 / osobą zależną dla Uczestników/czek Projektu „Siła młodości” nr FEDS.07.05-IP.02-0147/24.

Do każdej z form wsparcia w danym miesiącu konieczne jest złożenie osobnego Wniosku.

.....

data i podpis Uczestnika/czki Projektu

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:

.....

(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 osobą zależną nie jest ze mną spokrewniony.
(dot. osób wnioskujących o zwrot kosztów opieki sprawowanej nad osobą
zależną przez opiekuna na podstawie umowy cywilnoprawnej).

.....

data i podpis Uczestnika/czki Projektu

4. Z osobą zależną pozostaję w powiązaniu więzami rodzinnymi lub
powinowactwem (należy wskazać stopień pokrewieństwa):
we wspólnym gospodarstwie domowym.

.....

data i podpis Uczestnika/czki Projektu

5. 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 osobą zależną lub/i
opiekuna, który sprawował opiekę nad osobą zależną w okresie mojego
uczestnictwa w Projekcie.

.....

data i podpis Uczestnika/czki Projektu

6. Wszystkie dane zawarte w niniejszym wniosku są prawdziwe.

.....

data i podpis Uczestnika/czki Projektu