



Załącznik nr 1 do Regulaminu zwrotu kosztów opieki nad dzieckiem/osobą zależną

WNIOSEK O ZWROT KOSZTÓW ZA OPIEKĘ  
NAD DZIECKIEM/OSOBA ZALEŻNĄ  
„Młodzi z POWERem” nr: POWR.01.02.01-04-0110/19

IMIĘ I NAZWISKO .....

ADRES .....

Na podstawie Regulaminu zwrotu kosztów opieki nad dzieckiem/osobą zależną zwracam się z prośbą o zwrot poniesionych przeze mnie kosztów opieki nad dzieckiem/osobą zależną<sup>1</sup>, podczas mojego uczestnictwa w formie wsparcia:

.....

Imię i nazwisko dziecka/osoby zależnej<sup>1</sup>: .....

Jednocześnie oświadczam, że:

- jestem połączony/a więzami rodzinnymi lub powinowactwem z osobą zależną, osoba ta pozostaje ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym;
- zapoznałem/am się z zasadami dotyczącymi zwrotu kosztów opieki określonymi w Regulaminie zwrotów kosztów opiekę nad dzieckiem/osobą zależną w projekcie;
- poniosłem/am faktyczne koszty opieki nad dzieckiem/osobą zależną<sup>1</sup> w związku z uczestnictwem w projekcie.

W załączeniu przekazuję:

- kopię aktu urodzenia dziecka (do wglądu);
- kopię dowodu osobistego osoby zależnej (do wglądu);
- kopię decyzji ZUS o stopniu niezdolności do pracy lub Orzeczenie o niepełnosprawności osoby zależnej;
- inne dokumenty lub oświadczenia (proszę wymienić jakie): .....;
- rachunek/faktura za przedszkole/żłobek/usługi opiekuńcze wraz z dowodem zapłaty;
- kopię umowy z opiekunem/ką wraz z rachunkiem.

Wniosuję o zwrot kosztu opieki nad dzieckiem/osobą zależną<sup>1</sup> w łącznej kwocie:

..... zł

Słownie: .....

---

<sup>1</sup> Niepotrzebne skreślić



Powyższa kwota wynika z następującego wyliczenia:

***Forma wsparcia: Identyfikacja potrzeb oraz opracowanie i weryfikacja IPD uczestników projektu Indywidualny jobscouting / Realizacja indywidualnego poradnictwa zawodowego w formie jobcoachingu / Szkolenia zawodowe / Indywidualne pośrednictwo pracy<sup>2</sup>***

Łączna liczba godzin: .....

X =

(liczba godzin spotkań  
w których brał/a  
udział uczestnik/czka)

(kwota za 1h godzinę opieki)

(całkowita kwota zwrotu)

Uwagi:.....  
.....

***Forma wsparcia: Staż zawodowy***

Miesiące (wymienić): .....

X =

(liczba miesięcy stażu zawodowego)

(maksymalna kwota)

(całkowita kwota zwrotu)

Uwagi:.....  
.....

NUMER KONTA BANKOWEGO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nazwa banku: .....

Imię i nazwisko właściciela konta: .....

Upředzony/a o odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenia prawdy, niniejszym oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.

.....  
(podpis Uczestnika/czki Projektu)

.....  
(data wpływu i podpis osoby przyjmującej wniosek)

<sup>2</sup> Niepotrzebne skreślić