**WNIOSEK O ZWROTU KOSZTÓW OPIEKI NAD DZIECKIEM/OSOBĄ ZALEŻNĄ DLA UCZESTNIKÓW PROJEKTU „ZADBAJ O SWOJĄ PRZYSZŁOŚĆ”**

w ramach

***Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014 – 2020***

**Oś Priorytetowa 6**

*RYNEK PRACY*

**Działanie 6.5**

*Doskonalenie kompetencji osób pracujących i wsparcie procesów adaptacyjnych*

Tytuł projektu: **„Zadbaj o swoją przyszłość”**

Numer projektu: **RPWP.06.05.001-30-0028/18**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko Uczestnika/czki Projektu:** |  |
| **Adres zamieszkania:** |  |

Zwracam się z prośbą o zwrot kosztów opieki nad dzieckiem/osobą zależną:

1. ………………………………………………………………………………………………………………………….

*(imię i nazwisko dziecka/osoby zależnej)*

1. ………………………………………………………………………………………………………………………….

*(imię i nazwisko dziecka)*

1. ………………………………………………………………………………………………………………………….

*(imię i nazwisko dziecka)*

poniesiony przeze mnie przez okres mojego uczestnictwa w

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

(forma wsparcia której dotyczy zwrot: poradnictwo zawodowe / szkolenie zawodowe / pośrednictwo pracy – jeden wniosek dotyczyć może tylko jednej formy wsparcia)

w okresie ………………………………………………………………………………………………………………………..

(terminy zajęć podczas których sprawowana była opieka nad dzieckiem/osobą zależną)

organizowanym w ramach Projektu „Zadbaj o swoją przyszłość”, nr RPWP. 06.05.00-30-0028/18 współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Koszt opieki nad dzieckiem/osobą zależną wynosił w ww. okresie ………………………………… zł

słownie: …………………………………………………………………………………….

**Zwrotu proszę dokonać na konto bankowe nr:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Oświadczam, że właścicielem powyższego konta:**

 jestem ja lub jest ……………………………………………………. (imię i nazwisko)

 ………………………………………………………

 (adres)

**Jednocześnie oświadczam, że:**

1. Jestem osobą samotnie opiekującą się dzieckiem/osobą zależną lub współmałżonek jest osobą pracującą i nie może sprawować opieki nad dzieckiem/osoba zależną w czasie mojego uczestnictwa w Projekcie.

…………………………………………………

*Podpis Uczestnika/czki Projektu*

1. Dziecko/osoba zależna przebywa wraz ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym.

…………………………………………………

*Podpis Uczestnika/czki Projektu*

1. Opiekun sprawujący opiekę nad dzieckiem/osobą zależną nie jest ze mną spokrewniony.

(dot. osób wnioskujących o zwrot kosztów opieki sprawowanej nad dzieckiem/osobą zależną przez opiekuna na podstawie umowy cywilnoprawnej)

…………………………………………………

*Podpis Uczestnika/czki Projektu*

1. Oświadczam, że zapoznałem/am się i akceptuję warunki *Regulaminu zwrotu kosztów opieki nad dzieckiem/osobą zależną dla Uczestników Projektu „Zadbaj o swoją przyszłość”* i biorę pełną odpowiedzialność za wybór Instytucji uprawnionej do sprawowania opieki nad dzieckiem/osobą zależną lub/i opiekuna, który sprawował opiekę nad dzieckiem/osobą zależną w okresie mojego uczestnictwa w Projekcie.

…………………………………………………

*Podpis Uczestnika/czki Projektu*

1. Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w niniejszym wniosku są prawdziwe.

…………………………………………………

*Podpis Uczestnika/czki Projektu*

**Załączniki** (zaznaczyć właściwe)**:**

* 1. Dokumenty potwierdzające sprawowanie opieki nad dzieckiem/osobą zależną:
* potwierdzona za zgodność z oryginałem kopia aktu urodzenia dziecka,
* potwierdzona za zgodność z oryginałem kopia orzeczenia o niepełnosprawności dziecka w przypadku ubiegania się o zwrot kosztów opieki nad dzieckiem do lat 7,
* potwierdzona za zgodność z oryginałem kopia dokumentu potwierdzającego stan zdrowia osoby zależnej np. kopia potwierdzona za zgodność z oryginałem orzeczenia o stopniu niepełnosprawności ze wskazaniem konieczności zapewnienia stałej opieki
	1. W przypadku zawarcia przez Uczestnika/czkę Projektu umowy cywilnoprawnej z osobą fizyczną sprawującą opiekę nad dzieckiem/0sobą zależną:
* potwierdzona przez Uczestnika/czkę Projektu za zgodność z oryginałem kopia umowy z opiekunem,
* potwierdzona przez Uczestnika/czkę za zgodność z oryginałem kopia rachunku za okres sprawowania opieki przez opiekuna,
* dowód dokonania zapłaty rachunku.
	1. W przypadku zlecenia przez Uczestnika/czkę opieki nad dzieckiem/osobą zależną uprawnionej instytucji:
* potwierdzona przez Uczestnika/czkę Projektu za zgodność z oryginałem kopii umowy oraz rachunku/faktury za pobyt dziecka/osoby zależnej w instytucji opiekuńczej za okres udziału Uczestnika/czki w zajęciach w ramach Projektu,
* dowód zapłaty rachunku/faktury.
	1. Inne dokumenty/oświadczenia (o ile okażą się niezbędne) poświadczające konieczność opieki nad dzieckiem:
* ……………………………………………………………………………………….,
* ……………………………………………………………………………………….,
* ………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………

*Podpis Uczestnika/czki Projektu*