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

dla Uczestników Projektu „Szansa na integrację!” FEWP.06.12-IP.01-0081/23

**Wniosek o zwrot kosztów opieki nad dzieckiem**

**w ramach Projektu „Szansa na integrację!”**

**nr FEWP.06.12-IP.01-0081/23**

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

Zwracam się z prośbą o zwrot kosztów opieki nad dzieckiem:

1. ………………………………………………………………………………………

*(imię i nazwisko dziecka)*

1. ………………………………………………………………………………………

*(imię i nazwisko dziecka)*

1. ………………………………………………………………………………………

*(imię i nazwisko dziecka)*

poniesiony przeze mnie przez okres mojego uczestnictwa w:

…………………………………………………………………………………………………

(forma wsparcia, której dotyczy zwrot)

w okresie:

…………………………………………………………………………………………………

(terminy zajęć, podczas których sprawowana była opieka nad dzieckiem)

organizowanych w ramach Projektu „Szansa na integrację!” nr FEWP.06.12-IP.01-0081/23 współfinansowanego przez Unię Europejską w ramach programu Fundusze Europejskie dla Wielkopolski, Priorytet 6 Fundusze Europejskie dla Wielkopolski o silniejszym wymiarze społecznym (EFS+), Działanie 6.12 Integracja społeczno-gospodarcza obywateli państw trzecich, w tym migrantów.

Koszt opieki nad dzieckiem wynosił w ww. okresie ………………………………… zł

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

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

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

**Oświadczam, że jestem właścicielem powyższego konta**

.…………………………………

 *Podpis Uczestnika/czki Projektu*

**Jednocześnie oświadczam, że:**

1. Nie mam możliwości zapewnienia innej bezpłatnej opieki dla dziecka.
2. Dziecko przebywa wraz ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym.
3. Opiekun sprawujący opiekę nad dzieckiem nie jest ze mną spokrewniony.

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

1. Oświadczam, że zapoznałem/am się i akceptuję warunki *Regulaminu zwrotu kosztów opieki nad dzieckiem/ osobą zależną dla Uczestników Projektu „Szansa na integrację!” nr FEWP.06.12-IP.01-0081/23 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.
2. Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w niniejszym wniosku są prawdziwe.

………………………………. ……………………………………….

Data Podpis Uczestnika/czki

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

* 1. Dokumenty potwierdzające sprawowanie opieki nad dzieckiem:
* potwierdzona za zgodność z oryginałem kopia aktu urodzenia dziecka,
	1. W przypadku zawarcia przez Uczestnika/czkę Projektu umowy cywilnoprawnej z osobą fizyczną sprawującą opiekę nad dzieckiem:
* 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 uprawnionej instytucji:
* potwierdzona przez Uczestnika/czkę Projektu za zgodność z oryginałem kopa umowy oraz rachunku / faktury za pobyt dziecka 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:
* ……………………………………………………………………………………….,
* ……………………………………………………………………………………….,
* ………………………………………………………………………………………..

………………………………. ……………………………………….

Data Podpis Uczestnika/czki

Załącznik nr 2 do Regulaminu zwrotu kosztów opieki nad dzieckiem/osobą zależną

dla Uczestników Projektu „Szansa na integrację!” nr FEWP.06.12-IP.01-0081/23

**Wniosek o zwrot kosztów opieki nad osobą zależną**

**w ramach Projektu „Szansa na integrację!”**

**nr FEWP.06.12-IP.01-0081/23**

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

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

1. …………………………………………………………………………………………

*(imię i nazwisko osoby zależnej)*

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

*(imię i nazwisko osoby zależnej)*

1. …………………………………………………………………………………………

*(imię i nazwisko osoby zależnej)*

poniesiony przeze mnie przez okres mojego uczestnictwa w

………………………………………………………………………………………………

(forma wsparcia której dotyczy zwrot):

w okresie

………………………………………………………………………………………………

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

organizowanych w ramach Projektu „Szansa na integrację!” nr FEWP.06.12-IP.01-0081/23 współfinansowanego przez Unię Europejską w ramach programu Fundusze Europejskie dla Wielkopolski, Priorytet 6 Fundusze Europejskie dla Wielkopolski o silniejszym wymiarze społecznym (EFS+), Działanie 6.12 Integracja społeczno-gospodarcza obywateli państw trzecich, w tym migrantów.

 .

Koszt opieki nad dzieckiem wynosił w ww. okresie ………………………………… zł

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

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

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

 **Oświadczam, że jestem właścicielem powyższego konta**

**Jednocześnie oświadczam, że:**

1. Jestem osobą samotnie opiekującą się osobą zależną lub współmałżonek jest osobą pracującą i nie może sprawować opieki nad osobą zależną w czasie mojego uczestnictwa w Projekcie.
2. Z osobą zależną pozostaję: *(zaznaczyć właściwe)*:
* w powiązaniu więzami rodzinnymi lub powinowactwem …………………………………………………

 *(stopień pokrewieństwa)*

* we wspólnym gospodarstwie domowym
1. 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)***

1. Oświadczam, że zapoznałem/am się i akceptuję warunki Regulaminu zwrotu kosztów opieki nad dzieckiem/ osobą zależną dla Uczestników Projektu „Szansa na integrację!” nr FEWP.06.12-IP.01-0081/23 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.
2. Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w niniejszym wniosku są prawdziwe.

………………………………. ……………………………………….

Data Podpis Uczestnika/czki

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

1. Dokumenty potwierdzające sprawowanie opieki nad osobą zależną:
* oświadczenie osoby sprawującej opiekę nad osobą zależną lub potwierdzona za zgodność z oryginałem kopia decyzji ZUS o stopniu niezdolności do pracy lub orzeczenia o niepełnosprawności osoby zależnej, ze wskazaniem o konieczności zapewnienia stałej opieki,
1. W przypadku zawarcia przez Uczestnika/czkę Projektu umowy cywilnoprawnej z osobą fizyczną sprawującą opiekę nad osobą 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 osobą zależną uprawnionej instytucji:
* potwierdzona przez Uczestnika/czkę Projektu za zgodność z oryginałem kopia umowy oraz rachunku / faktury za pobyt 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 osobą zależną:
* ……………………………………………………………………………………….,
* ……………………………………………………………………………………….,
* ………………………………………………………………………………………..

………………………………. ……………………………………….

Data Podpis Uczestnika/czki

Załącznik nr 3 do Regulaminu zwrotu kosztów opieki nad dzieckiem/osobą zależną

dla Uczestników Projektu „Szansa na integrację!” nr FEWP.06.12-IP.01-0081/23

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

**OŚWIADCZENIE**

osoby sprawującej opiekę nad osobą zależną

dla Uczestników Projektu „Szansa na integrację!” nr FEWP.06.12-IP.01-0081/23

Ja niżej podpisany/a

………………………………………………………….……………………………………….…

oświadczam, że w czasie uczestnictwa w

……………………………………………………………………………………………………... (forma wsparcia:)

W ramach projektu **„Szansa na integrację!” nr FEWP.06.12-IP.01-0081/23** sprawowałem/am opiekę nad osobą zależną[[1]](#footnote-1)

…………………………………………………………………………………………………..

(imię, nazwisko i data urodzenia osoby zależnej)

………………………………. ……………………………………….

Data Podpis Uczestnika/czki

1. Należy przez to rozumieć osobę wymagającą stałej opieki, ze względu na stan zdrowia lub wiek, połączoną więzami rodzinnymi lub powinowactwem z Uczestnikiem/czką projektu lub pozostającą z Uczestnikiem/czką we wspólnym gospodarstwie domowym, zgodnie z ustawą o Promocji zatrudnienia i instytucji rynku pracy (Dz. U. z dn.1.05..2004 r. z późn. zm.) [↑](#footnote-ref-1)