Załącznik nr 2 do Regulaminu zwrotu kosztów opieki nad dzieckiem/osobą zależną dla Uczestników/czek Projektu „Skorzystaj z szansy!”

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

**w ramach Projektu „SKORZYSTAJ Z SZANSY!”, nr FEPK.07.15-IP.01-0049/23**

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

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

1. ………………………………………………………………………………………………  
   *(imię i nazwisko osoby zależnej)*
2. ………………………………………………………………………………………………*(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)

organizowanym w ramach Projektu „Skorzystaj z szansy!” współfinansowany przez Unię Europejską w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Podkarpacia 2021-2027, Priorytet 7, Działanie 7.15.

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

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

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

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

**Dane właściciela powyższego konta:**……………………………….………………………………………………  
 *(imię i nazwisko)*

………………………………… ……….………………………………………  
 *Data Podpis Uczestnika/czki Projektu*

**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. Przedkładam dokument poświadczający stan zdrowia osoby zależnej (np. orzeczenie o stopniu niepełnosprawności ze wskazaniem o konieczności zapewnienia stałej opieki).
3. Z osobą zależną pozostaje osoba *(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)
2. Zapoznałem się i akceptuję warunki *Regulaminu zwrotu kosztów opieki nad dzieckiem/ osobą zależną dla Uczestników Projektu „Skorzystaj z szansy!”* 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.
3. Wszystkie dane zawarte w niniejszym wniosku są prawdziwe.

……………………………..…… ……….………………………………………  
 *Data Podpis Uczestnika/czki Projektu*

**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 Projektu*