Załącznik nr 3 do Regulaminu zwrotu kosztów opieki nad dzieckiem/osobą zależną dla Uczestników Projektu „Skorzystaj z szansy!”

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

**OŚWIADCZENIE**

osoby sprawującej opiekę nad osobą zależną dla Uczestników Projektu „Skorzystaj z szansy!” Ja niżej podpisany/a

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

oświadczam, że w czasie uczestnictwa w

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

w ramach projektu **……………………………………………** sprawowałem opiekę nad osobą zależną[[1]](#footnote-1)

……………………………………………………………………...…………………………………
(imię, nazwisko i data urodzenia osoby zależnej

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

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 Projektu we wspólnym gospodarstwie domowym, zgodnie z ustawą o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z dn. 1.05.2004 r. z późn. zm.) [↑](#footnote-ref-1)