



Załącznik nr 2 do Regulaminu zwrotu kosztów opieki nad dzieckiem/osobą zależną
dla Projektu pn.: „Przepis na pracę” nr FEDS.07.09-IP.02-0043/24

Wniosek o zwrot kosztów opieki nad osobą zależną

w ramach Projektu pn.: „Przepis na pracę” nr FEDS.07.09-IP.02-0043/24

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)

3.

(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)

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

słownie:

.....



dzieckiem/ osobą zależną dla Uczestników Projektu.: „Przepis na pracę” nr **FEDS.07.09-IP.02-0043/24** 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.

6. Wszystkie dane zawarte w niniejszym wniosku są prawdziwe.

.....

Data

.....

Podpis Uczestnika/czki Projektu

Załączniki (zaznaczyć właściwe):

a. 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,

b. 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.

c. 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.

d. Inne dokumenty / oświadczenia (o ile okażą się niezbędne) poświadczające



Fundusze Europejskie
dla Dolnego Śląska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



**DOLNY
ŚLĄSK**

konieczność opieki nad osobą zależną:

-
-
-

.....

Data

.....

Podpis Uczestnika/czki Projektu