



Załącznik nr 9 do Regulaminu rekrutacji kandydatów/ek i uczestnictwa w projekcie
„Jutro w Twoich rękach” nr FEWP.06.10-IP.01-0067/25

**Wniosek o zwrot kosztów opieki nad osobą zależną
w ramach Projektu „Jutro w Twoich rękach” nr FEWP.06.10-IP.01-0067/25**

Imię i nazwisko Uczestniczki Projektu:	
Adres zamieszkania:	

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

1.
(imię i nazwisko osoby zależnej)

poniesiony przeze mnie przez okres mojego uczestnictwa w

.....
(forma wsparcia której dotyczy zwrot: spotkania indywidualne /szkolenie zawodowe /
staż zawodowy – jeden wniosek dotyczyć może tylko jednej formy wsparcia)

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

organizowanym w ramach Projektu „Jutro w Twoich rękach” nr FEWP.06.10-IP.01-
0067/25 współfinansowanego przez Europejski Fundusz Społeczny Plus w ramach
Programu Regionalnego Fundusze Europejskie dla Wielkopolski 2021 – 2027, w
ramach Priorytetu 6: Fundusze europejskie dla Wielkopolski o silniejszym wymiarze
społecznym (FES+), Działania 6.10 Aktywna integracja.

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



Zwrotu proszę dokonać na konto bankowe nr:

[illegible]

Oświadczam, że jestem właścicielem powyższego konta.

.....
Podpis Uczestniczki 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.

.....
Podpis Uczestniczki Projektu

2. Z osobą zależną pozostaje (zaznaczyć właściwe):

- ☐ w powiązaniu więzami rodzinnymi lub powinowactwem

.....

(stopień pokrewieństwa)

- ☐ we wspólnym gospodarstwie domowym

.....
Podpis Uczestniczki Projektu

3. 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)

.....

Podpis Uczestniczki Projektu



Oświadczam, że zapoznałem/am się i akceptuję warunki Regulaminu rekrutacji kandydatów/ek i uczestnictwa w projekcie „Jutro w Twoich rękach” nr FEWP.06.10-IP.01-0067/25 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.

.....

Podpis Uczestniczki Projektu

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

.....

Podpis Uczestniczki 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 Uczestniczkę Projektu umowy cywilnoprawnej z osobą fizyczną sprawującą opiekę nad osobą zależną:

- ☐ potwierdzona przez Uczestniczkę Projektu za zgodność z oryginałem kopia umowy z opiekunem,
- ☐ potwierdzona przez Uczestniczkę za zgodność z oryginałem kopia rachunku za okres sprawowania opieki przez opiekuna,
- ☐ dowód dokonania zapłaty rachunku.

c. W przypadku zlecenia przez Uczestniczkę opieki nad osobą zależną uprawnionej instytucji:



- ☐ potwierdzona przez Uczestniczkę Projektu za zgodność z oryginałem kopia umowy oraz rachunku / faktury za pobyt osoby zależnej w instytucji opiekuńczej za okres udziału Uczestniczki w zajęciach w ramach Projektu,
- ☐ dowód zapłaty rachunku / faktury.

d. Inne dokumenty / oświadczenia (o ile okażą się niezbędne) poświadczające konieczność opieki nad osobą zależną:

- ☐
- ☐
- ☐

.....
Podpis Uczestniczki Projektu