

**WNIOSEK O ZWROT KOSZTÓW OPIEKI NAD DZIECKIEM DO LAT 7/OSOBĄ ZALEŻNĄ**

Zwracam się z prośbą o dokonanie zwrotu ponoszonych przeze mnie kosztów opieki nad dzieckiem/dziećmi do lat 7 lub osobą zależną ze względu na uczestnictwo\* w ramach projektu **„LEPSZY START” nr: RPPM.05.02.02.-22-0066/16** za okres ……………………………………..

Jednocześnie oświadczam, że:

* Jestem osobą samotnie wychowującą dziecko/współmałżonek jest osobą pracującą zatem nie może sprawować opieki nad dzieckiem w czasie mojego uczestnictwa w szkoleniu zawodowym/stażu zawodowym\*
* Jestem połączona więzami rodzinnymi lub powinowactwem, dziecko pozostaje ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym
* Zapoznałam się z *Regulaminem zwrotu kosztów opieki nad dzieckiem do 7 roku życia/osobą zależną*

Zwrot kosztów opieki nad dzieckiem/osobą zależną proszę dokonać na osobiste konto bankowe/wskazane konto bankowe\*

**Zwrot proszę dokonać na moje konto bankowe nr** (proszę wypełnić przy wyborze tej opcji refundacji)

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

**Zwrotu proszę dokonać na wskazane konto bankowe nr** (proszę wypełnić przy wyborze tej opcji refundacji) Oświadczam, że nie posiadam osobistego konta bankowego.

Dane właściciela konta (imię, nazwisko, adres):

…………………………………………………………………………………………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………

Nazwa banku:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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



W załączeniu przekazuję:

1. W przypadku umowy cywilnoprawnej zawartej z opiekunem:
	* Kserokopię aktu urodzenia dziecka z dopiskiem: „Potwierdzam za zgodność z oryginałem” (imię i nazwisko, podpis Uczestniczki Projektu).
	* Kserokopię umowy cywilnoprawnej z opiekunem dziecka z dopiskiem: „Potwierdzam za zgodność z oryginałem” (imię i nazwisko, podpis Uczestniczki Projektu).
	* Rachunek do umowy zlecenia zawartej z Opiekunem/Opiekunką za wykonaną usługę wraz z dowodem zapłaty;

**lub:**

1. w przypadku pobytu dziecka do lat 7/osoby zależnej w instytucji uprawnionej do sprawowania opieki nad dziećmi do lat 7/osobami zależnymi:
	* Kserokopię aktu urodzenia dziecka z dopiskiem: „Potwierdzam za zgodność z oryginałem” (imię i nazwisko, podpis Uczestniczki Projektu).
	* rachunek lub faktura za dni pobytu dziecka do lat 7/osoby zależnej w instytucji uprawnionej do sprawowania opieki nad dziećmi do lat 7/osobami zależnymi, w czasie odbywania szkoleń przez Uczestniczkę projektu,  dowód zapłaty rachunku lub faktury.

**Uprzedzona o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu Karnego potwierdzam własnoręcznym podpisem prawdziwość powyższych danych.**

**………………………………………………………….**

 *Data i podpis Uczestnika*

*\*niepotrzebnie skreślić*