



Załącznik nr 2 do Regulaminu zwrotu kosztów opieki nad dzieckiem/osobą zależną  
Projektu pn.: „Rozwiń swoje skrzydła!” nr FEPM.05.11-IZ.00-0079/23

**Wniosek o zwrot kosztów opieki nad osobą zależną w ramach Projektu pn.:  
„Rozwiń swoje skrzydła!” nr FEPM.05.11-IZ.00-0079/23**

Imię i nazwisko Uczestnika/czki Projektu:	
Adres zamieszkania:	

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

1. ....  
(imię i nazwisko osoby zależnej)

2. ....  
(imię i nazwisko osoby zależnej)

3. ....  
(imię i nazwisko osoby zależnej)

**poniesionych 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: .....





nad osobą zależną lub/i opiekuna, który sprawował opiekę nad osobą zależną w okresie mojego uczestnictwa w Projekcie.

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

.....  
Data

.....  
Podpis Uczestnika/czki Projektu

**Załączniki (zaznaczyć właściwe):**

a) Dokumenty potwierdzające sprawowanie opieki nad osobą zależną:

- potwierdzona za zgodność z oryginałem kopia decyzji ZUS o stopniu niezdolności do pracy lub orzeczenie o niepełnosprawności osoby zależnej, ze wskazaniem o konieczności zapewnienia stałej opieki.

b) Dokumenty potwierdzające zawarcie umowy cywilnoprawnej przez Uczestnika/czkę Projektu 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) Dokumenty potwierdzające zlecenie opieki nad osobą zależną przez Uczestnika/czkę 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 konieczność opieki nad osobą zależną:



Fundusze Europejskie  
dla Pomorza

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



URZĄD MARSZAŁKOWSKI  
WOJEWÓDZTWA POMORSKIEGO

.....

.....

.....

.....  
Data

.....  
Podpis Uczestnika/czki Projektu