Załącznik nr 1 do Regulaminu zwrotu kosztów opieki nad dzieckiem/osobą
Projektu pn.: **„W integracji siła!” nr** **FEWM.09.03-IZ.00-0058/23**

**Wniosek o zwrot kosztów opieki nad dzieckiem**
w ramach Projektu pn.: **„W integracji siła!” nr FEWM.09.03-IZ.00-0058/23**

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

Zwracam się z prośbą o zwrot kosztów opieki nad dzieckiem:

1. ………………………………………………………………………………………………………
*(imię i nazwisko dziecka)*
2. ………………………………………………………………………………………………………*(imię i nazwisko dziecka)*
3. ………………………………………………………………………………………………………
*(imię i nazwisko dziecka)*

poniesiony przeze mnie przez okres mojego uczestnictwa w:

……………………………………………………………………………………………………………
(forma wsparcia, której dotyczy zwrot)

w okresie:

……………………………………………………………………………………………………………
(terminy zajęć podczas których sprawowana była opieka nad dzieckiem)

Koszt opieki nad dzieckiem wynosił w ww. okresie……………………………. zł

słownie: ……………………………………………………………………………………………………………

**Zwrotu proszę dokonać na konto bankowe nr:**

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

**Dane właściciela powyższego konta:**

…………………………………….……………………………………………………………………
(imię i nazwisko)

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

Jednocześnie oświadczam, że:

1. Jestem osobą samotnie opiekującą się dzieckiem lub współmałżonek jest osobą pracującą i nie może sprawować opieki nad dzieckiem w czasie mojego uczestnictwa w Projekcie.
2. Oświadczam, że nie mam możliwości zapewnienia innej bezpłatnej opieki na czas uczestnictwa w projekcie.
3. Dziecko przebywa wraz ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym.
4. Opiekun sprawujący opiekę nad dzieckiem nie jest ze mną spokrewniony (dot. osób wnioskujących o zwrot kosztów opieki sprawowanej nad dzieckiem przez opiekuna na podstawie umowy cywilnoprawnej).
5. Zapoznałem/am się i akceptuję warunki *Regulaminu zwrotu kosztów opieki nad dzieckiem/osobą zależną dla* Uczestników Projektu .: **„W integracji siła!” nr FEWM.09.03-IZ.00-0058/23.**
6. Biorę pełną odpowiedzialność za wybór Instytucji uprawnionej do sprawowania opieki nad dzieckiem lub/i opiekuna, który sprawował opiekę nad dzieckiem 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)**:**

* 1. Dokumenty potwierdzające sprawowanie opieki nad dzieckiem:
* potwierdzona za zgodność z oryginałem kopia aktu urodzenia dziecka,
	1. W przypadku zawarcia przez Uczestnika/czkę Projektu umowy cywilnoprawnej z osobą fizyczną sprawującą opiekę nad dzieckiem
* 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.
	1. W przypadku zlecenia przez Uczestnika/czkę opieki nad dzieckiem uprawnionej instytucji:
* potwierdzona przez Uczestnika/czkę Projektu za zgodność z oryginałem kopa umowy oraz rachunku / faktury za pobyt dziecka w instytucji opiekuńczej za okres udziału Uczestnika/czki w zajęciach w ramach Projektu,
* dowód zapłaty rachunku / faktury.
	1. Inne dokumenty / oświadczenia (o ile okażą się niezbędne) poświadczające konieczność opieki nad dzieckiem:
* ………………………………………………………………………………………………………...
* ………………………………………………………………………………………………………...
* ………………………………………………………………………………………………………

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