Załącznik nr 2 do Regulaminu zwrotu kosztów opieki nad dzieckiem/osobą zależną dla Projektu pn.: **„W integracji siła!” nr** **FEWM.09.03-IZ.00-0058/23**

**Wniosek o zwrot kosztów opieki nad osobą zależną**

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 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: ……………………………………………………………………………………………………………

**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 osobą zależną lub współmałżonek jest osobą pracującą i nie może sprawować opieki nad osobą zależną w czasie mojego uczestnictwa w Projekcie.
2. Przedkładam dokument poświadczający stan zdrowia osoby zależnej (np. orzeczenie o stopniu niepełnosprawności ze wskazaniem o konieczności zapewnienia stałej opieki).
3. Z osobą zależną pozostaje osoba *(zaznaczyć właściwe)*:
* w powiązaniu więzami rodzinnymi lub powinowactwem

………….……………………………………………………………………………………………(stopień pokrewieństwa)

* we wspólnym gospodarstwie domowym
1. 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)
2. Zapoznałem 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** 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.
3. Wszystkie dane zawarte w niniejszym wniosku są prawdziwe.

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

**Załączniki** (zaznaczyć właściwe)**:**

1. 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,
1. 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.
1. 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.
1. Inne dokumenty / oświadczenia (o ile okażą się niezbędne) poświadczające konieczność opieki nad osobą zależną:
* …………………………………………………………………………………………………...
* …………………………………………………………………………………………………...
* …………………………………………………………………………………………………...

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