Załącznik nr 8 do Regulaminu rekrutacji kandydatów/ek i uczestnictwa w projekcie

„Nowy etap!” nr FEMA.08.04-IP.01-01HS/23

**Wniosek o zwrot kosztów opieki nad dzieckiem**

**w ramach Projektu „Nowy etap!” nr FEMA.08.04-IP.01-01HS/23**

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

Zwracam się z prośbą o zwrot kosztów opieki nad dzieckiem:

1. …………………………………………………………………………………………

*(imię i nazwisko dziecka)*

1. …………………………………………………………………………………………

*(imię i nazwisko dziecka)*

1. …………………………………………………………………………………………

*(imię i nazwisko dziecka)*

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 dzieckiem)

organizowanym w ramach Projektu „Nowy etap!” nr FEMA.08.04-IP.01-01HS/23, Projekt współfinansowany jest przez Europejski Fundusz Społeczny Plus   
w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Mazowsza 2021-2027, Priorytet 8: Fundusze Europejskie dla aktywnej integracji oraz rozwoju usług społecznych i zdrowotnych na Mazowszu, Działanie 8.4: Integracja społeczno-zawodowa obywateli państw trzecich.

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

słownie: …………………………………………………………………………………….

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

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

**Oświadczam, że jestem właścicielem powyższego konta.**

……………………………………

*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.

…………………………………

*Podpis Uczestnika/czki Projektu*

1. Dziecko przebywa wraz ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym.

……………………………………

*Podpis Uczestnika/czki Projektu*

1. 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)

……………………………………

*Podpis Uczestnika/czki Projektu*

1. Oświadczam, że zapoznałem/am się i akceptuję warunki *Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie* „Nowy etap!” nr FEMA.08.04-IP.01-01HS/23i 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.

…………………………………

*Podpis Uczestnika/czki Projektu*

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

……………………………………

*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 kopia 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:
* ……………………………………………………………………………………….,
* ……………………………………………………………………………………….,
* ………………………………………………………………………………………..

…………………………………

*Podpis Uczestnika/czki Projektu*