Załącznik nr 11 do Regulaminu rekrutacji kandydatów/ek i uczestnictwa w projekcie

„Śląska Akademia Integracji” Nr FESL.07.02-IZ.01-063G/23

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

**w ramach Projektu „Śląska Akademia Integracji” Nr FESL.07.02-IZ.01-063G/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)*

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 osobą zależną)

organizowanym w ramach Projektu „Śląska Akademia Integracji” Nr FESL.07.02-IZ.01-063G/23 współfinansowanego przez Europejski Fundusz Społeczny Plus w ramach programu Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021-2027, Priorytet FESL.07: Fundusze Europejskie dla społeczeństwa, Działanie 7.2 Aktywna integracja.

Koszt opieki nad osobą zależną 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 osobą zależną lub współmałżonek jest osobą pracującą i nie może sprawować opieki nad osobą zależną w czasie mojego uczestnictwa w Projekcie.

……………………………………

*Podpis Uczestnika/czki Projektu*

1. Z osobą zależną pozostaje *(zaznaczyć właściwe)*:
* w powiązaniu więzami rodzinnymi lub powinowactwem …………………………………………………

 *(stopień pokrewieństwa)*

* we wspólnym gospodarstwie domowym

……………………………………

*Podpis Uczestnika/czki Projektu*

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)

……………………………………

*Podpis Uczestnika/czki Projektu*

1. Oświadczam, że zapoznałem/am się i akceptuję warunki *Regulaminu rekrutacji kandydatów/ek i uczestnictwa w projekcie „Śląska Akademia Integracji” Nr FESL.07.02-IZ.01-063G/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.

……………………………………

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

……………………………………

*Podpis Uczestnika/czki Projektu*