**Wniosek o zwrot kosztów opieki nad osobą zależną  
w ramach projektu AKCJA-FIRMA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i Nazwisko**  **Uczestnika projektu** |  |
| **Adres zamieszkania** |  |

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

1. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*(imię i nazwisko osoby zależnej)*

1. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*(imię i nazwisko osoby zależnej)*

1. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*(imię i nazwisko osoby zależnej)*

poniesionych przeze mnie w okresie mojego uczestnictwa w doradztwie/animacji/dojazdu do innej instytucji\*/\*\*

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

(okres, w którym była sprawowana opieka nad osobą zależną)

W wyżej wymienionym okresie opiekę nad osobą zależną sprawował/a:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

(imię i nazwisko osoby prywatnej bądź nazwa instytucji)

Koszt opieki nad osobą zależną wyniósł …………… zł, słownie ………………………………………………………………………………

W związku z powyższym proszę o dokonanie zwrotu kosztów opieki w wysokości:

……………………………….. zł , słownie ……………………………………………………………………………………………………… .

Zwrotu proszę dokonać na konto nr :

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

Oświadczam, że właścicielem powyższego konta:

🞐 jestem ja lub 🞐 jest ………………………………………………………………………….

*(imię i nazwisko)*

………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………..

*(adres)*

Jednocześnie oświadczam, że:

1. Jestem osobą samotnie sprawującą opiekę nad osobą zależną lub współmałżonek jest osobą pracującą i nie może sprawować opieki nad dzieckiem w czasie mojego uczestnictwa w projekcie.

…………………………………………………….

*podpis uczestnika projektu*

1. Osoba zależna przebywa wraz ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym.

…………………………………………………….

*podpis uczestnika projektu*

1. Opiekun sprawujący opiekę nad dzieckiem nie jest ze mną spokrewniony

…………………………………………………….

*podpis uczestnika projektu*

*Świadoma/y odpowiedzialności karnej za oświadczenie nieprawdy, na podstawie art. 233 § 1 i 2 Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny (Dz. U. 1997 r., Nr 88, poz. 553 z późniejszymi zmianami) tj.: „Kto składa zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznając nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”, oświadczam, iż powyższe dane są zgodne z prawdą.*

*…………………………………………………….*

*podpis uczestnika projektu*

Załączniki do wniosku:

🞐 kserokopia, potwierdzona za zgodność z oryginałem, rachunku lub faktury za opiekę nad osobą   
 zależną.

🞐 potwierdzenie dokonania płatności za opiekę nad osobą zależną.

|  |
| --- |
|  |

\* przez inna instytucję rozumie się każdą instytucję, poza Wojewódzkim Urzędem Pracy w Zielonej Górze, do której uczestnik projektu musiał się udać celem załatwienia formalności niezbędnych do zarejestrowania lub prowadzenia działalności gospodarczej.

\*\* niepotrzebne skreślić

Część wypełniana przez Realizatora projektu

Sprawdzono pod kątem merytorycznym

…..……………………………………………………………………………

data, podpis pracownika

Sprawdzono pod kątem finansowym

……………………………………………………………………………………….

data, podpis pracownika

Zatwierdzam zwrot kosztów opieki nad osobą zależną w wysokości …………………………………………………zł,

słownie ………………………………………………………………………………………………………………………………………. .

………………………………………………………

podpis