Załącznik nr 4 do Regulaminu Projektu

„Obywatele Ukrainy na lubuskim rynku pracy”

Działanie 6.2

Regionalnego Programu Operacyjnego-Lubuskie2020

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko Uczestnika Projektu** |  |
| **Adres Uczestnika Projektu** |  |
| **Telefon kontaktowy:** |  |
| **nr ID:** |  |

**Wniosek o refundację kosztów opieki nad dzieckiem i/lub osobą zależną  
w ramach projektu pt. „Obywatele Ukrainy na lubuskim rynku pracy”**

**w ramach Działania 6.2**

**Regionalnego Programu Operacyjnego-Lubuskie2020**

Na podstawie zapisów § 10 Regulaminu Projektu pt. „Obywatele Ukrainy na lubuskim rynku pracy”, realizowanego w ramach Działania 6.2 *Aktywizacja zawodowa osób pozostających bez pracy niezarejestrowanych w powiatowych urzędach pracy*, Regionalnego Programu Operacyjnego - Lubuskie - 2020, wnioskuję o wsparcie towarzyszące - refundację kosztów opieki nad dzieckiem i/lub osobą zależną, poniesionych przeze mnie w związku z udziałem w formie wsparcia (zaznaczyć rodzaj formy wsparcia):

* szkolenia i kursy;
* staże.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko dziecka/osoby zależnej** |  | |
| **Rok urodzenia dziecka/osoby zależnej** |  | |
| **Stopień zależności/powinowactwa z Uczestnikiem Projektu** |  | |
| **Okres, w którym była sprawowana opieka nad dzieckiem/osobą zależną** | **……………………………………….**  **daty[[1]](#footnote-1)** | **……………………………………….**  **godziny[[2]](#footnote-2)** |
| **Osoba/instytucja sprawująca opiekę nad dzieckiem/osobą zależną** |  | |
| **Koszt opieki nad dzieckiem/osobą zależną** | **……………………………………….**  **kwota za godzinę** | **……………………………………….**  **kwota ogółem** |

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

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

Refundacji proszę dokonać na konto nr:

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

Oświadczam, że właścicielem powyższego konta:

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

*(imię i nazwisko)*

Oświadczam, że poinformowałem właściciela rachunku bankowego o udostępnieniu jego numeru na potrzeby realizacji projektu oraz oświadczam, że właściciel rachunku bankowego wyraził zgodę na udostępnienie lub przetwarzanie danych związanych z tym rachunkiem bankowym na potrzeby realizacji projektu (dotyczy sytuacji, gdy właścicielem rachunku bankowego nie jest uczestnik projektu).

…………………………………………………….

*podpis Uczestnika Projektu*

Jednocześnie oświadczam, że:

1. Wszystkie informacje w niniejszym wniosku o refundację kosztów opieki nad dzieckiem/osobą zależną są zgodne z prawdą.
2. Jestem osobą samotnie sprawującą opiekę nad dzieckiem/osobą zależną lub współmałżonek jest osobą pracującą i nie może sprawować opieki nad dzieckiem lub dorosłą osobą niepełnosprawną w czasie mojego uczestnictwa w Projekcie.
3. Dziecko/osoba zależna przebywa wraz ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym.

…………………………………………………….

*podpis Uczestnika Projektu*

Oświadczam, iż jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego „Kto składając zeznanie mające służyć za dowód   
w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”.

…………………………………………………….

*podpis Uczestnika Projektu*

Oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią Regulaminu Projektu a w szczególności z § 10 ust. 18, który stanowi: *„W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości ze strony Uczestnika Projektu, które skutkować będą nienależnie pobraną refundacją kosztów opieki nad dzieckiem i/lub osobą zależną, Uczestnik Projektu zobowiązany jest do zwrotu tych środków wraz z odsetkami ustawowymi w terminie 7 dni kalendarzowych od dnia otrzymania takiej informacji od Beneficjenta Projektu.”*

…………………………………………………….

*podpis uczestnika projektu*

Załączniki do wniosku:

🞐 kserokopia potwierdzona za zgodność z oryginałem rachunku lub faktury za opiekę nad

dzieckiem/osobą zależną wykonana przez pracownika Beneficjenta Projektu (oryginał

dokumentu do wglądu);

🞐 potwierdzenie dokonania płatności za opiekę nad dzieckiem/osobą zależną

🞐 orzeczenie o niepełnosprawności lub oświadczenie o niepełnosprawności dorosłej osoby

zależnej – jedynie do okazania;

🞐 akt urodzenia lub dowód osobisty dziecka – jedynie do okazania/oświadczenie.

**Część wypełniana przez Beneficjenta Projektu**

Przyjmując wniosek, pracownik Projektu zweryfikował:

1. Orzeczenie o niepełnosprawności lub oświadczenie o niepełnosprawności dorosłej osoby zależnej *(odpowiednią odpowiedź zaznaczyć)*

🞐 TAK 🞐 NIE 🞐 NIE DOTYCZY

1. Akt urodzenia lub dowód osobisty dziecka/oświadczenie *(odpowiednią odpowiedź zaznaczyć)*

🞐 TAK 🞐 NIE 🞐 NIE DOTYCZY

1. Oryginał rachunku lub faktury za opiekę nad dzieckiem/osobą zależną *(odpowiednią odpowiedź zaznaczyć)*

🞐 TAK 🞐 NIE

1. Oryginał potwierdzenia dokonania płatności za opiekę nad dzieckiem/osobą zależną *(odpowiednią odpowiedź zaznaczyć)*

🞐 TAK 🞐 NIE

Sprawdzono pod względem merytorycznym

…..……………………………………………………

data, podpis pracownika

Sprawdzono pod względem formalno-rachunkowym

……………………………………………………………………………………….

data, podpis pracownika

1. należy wpisać wszystkie daty, w których realizowana była dana forma wsparcia [↑](#footnote-ref-1)
2. należy wpisać wszystkie godziny, w których realizowana była dana forma wsparcia [↑](#footnote-ref-2)