Załącznik nr 6 do Regulaminu Projektu

„Porozmawiajmy po polsku”

Działanie 8.3

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. „Porozmawiajmy po polsku”**

**w ramach Działania 8.3**

**Regionalnego Programu Operacyjnego-Lubuskie2020**

Na podstawie zapisów § 9 Regulaminu Projektu pt. „Porozmawiajmy po polsku”, realizowanego w ramach Działania 8.3 *Upowszechnienie kształcenia ustawicznego związanego z nabywaniem i doskonaleniem kwalifikacji zawodowych*, Regionalnego Programu Operacyjnego-Lubuskie2020, wnioskuję o wsparcie towarzyszące - refundację kosztów opieki nad dzieckiem i/lub osobą zależną, poniesionych przeze mnie w okresie uczestnictwa w szkoleniu języka polskiego jako obcego:

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

Jednocześnie oświadczam, że:

1. Wszystkie informacje w niniejszym wniosku o refundację kosztów opieki nad osobą zależną są zgodne z prawdą.
2. Jestem osobą samotnie sprawującą opiekę nad 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. 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 § 9 ust. 18, który stanowi: *„W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości ze strony Uczestnika Projektu, które skutkować będą nienależnie pobranej refundacji kosztów opieki nad 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 osobą
 zależną wykonana przez pracownika Beneficjenta Projektu (oryginał dokumentu do wglądu)

 🞐 potwierdzenie dokonania płatności za opiekę nad osobą zależną

 🞐 zaświadczenie 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. Zaświadczenie 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 osobą zależną *(odpowiednią odpowiedź zaznaczyć)*

🞐 TAK 🞐 NIE

1. Oryginał potwierdzenia dokonania płatności za opiekę nad 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 odbywało się szkolenie [↑](#footnote-ref-1)
2. należy wpisać wszystkie godziny, w których odbywało się szkolenie [↑](#footnote-ref-2)