**Wniosek o zwrot kosztów opieki nad dzieckiem w ramach Projektu**

**„Niezależność receptą na sukces” nr projektu RPWP.07.01.02-30-0096/19**

**Imię i nazwisko**

**Uczestniczki 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 szkoleniu/stażu zawodowym w okresie:

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

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

(terminy zajęć podczas których sprawowana była opieka nad dzieckiem)

organizowanym w ramach Projektu **„Niezależność receptą na sukces” nr projektu RPWP.07.01.02-30-0096/19** współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

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

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Oświadczam , że właścicielem powyższego konta:** | |  |
| jestem ja | lub | jest ……………………………………………………. |

(imię i nazwisko)

………………………………………………………

(adres)

**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 Uczestniczki Projektu*

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

…………………………………………………

*Podpis Uczestniczki 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 Uczestniczki Projektu*

Oświadczam, że zapoznałam się i akceptuję warunki *Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie* **„Niezależność receptą na sukces” nr projektu RPWP.07.01.02-30-0096/19** i biorę pełnąodpowiedzialność za wybór Instytucji uprawnionej do sprawowania opieki nad dzieckiem w okresie mojego uczestnictwa w Projekcie.

…………………………………………………

*Podpis Uczestniczki Projektu*

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

…………………………………………………

*Podpis Uczestniczki Projektu*

**Załączniki** (zaznaczyć właściwe)**:**

* Dokumenty potwierdzające sprawowanie opieki nad dzieckiem: - akt urodzenia dziecka (do wglądu Beneficjenta),
* W przypadku zlecenia przez Uczestniczkę opieki nad dzieckiem uprawnionej instytucji:

- potwierdzona przez Uczestniczkę Projektu za zgodność z oryginałem kopa umowy oraz rachunku / faktury

za pobyt dziecka w instytucji opiekuńczej za okres udziału Uczestniczki w zajęciach w ramach Projektu,

- dowód zapłaty rachunku / faktury.

* Inne dokumenty / oświadczenia (o ile okażą się niezbędne) poświadczające konieczność opieki nad dzieckiem:

……………………………………………………………………………………….,

……………………………………………………………………………………….,

………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………

*Podpis Uczestniczki Projektu*