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

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

*(imię i nazwisko osoby zależnej)*

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

*(imię i nazwisko osoby zależnej)*

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

*(imię i nazwisko osoby zależnej)*

poniesiony przeze mnie przez okres mojego uczestnictwa w szkoleniu/stażu zawodowym

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

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

(terminy zajęć podczas których sprawowana była opieka nad osobą zależną)

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

Koszt opieki nad osobą zależną w m-cu ……………….20 ……...r. wyniósł …………..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 osobą zależną lub współmałżonek jest osobą pracującą i nie może sprawować opieki nad osobą zależną w czasie mojego uczestnictwa w Projekcie.

…………………………………………………

*Podpis Uczestniczki Projektu*

1. Z osobą zależną pozostaje *(zaznaczyć właściwe)*:

w powiązaniu więzami rodzinnymi lub powinowactwem …………………………………………

*(stopień pokrewieństwa)*

 we wspólnym gospodarstwie domowym

…………………………………………………

*Podpis Uczestniczki 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 Uczestniczki Projektu*

1. Oświadczam, że zapoznałam się i akceptuję warunki *Regulaminu* rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie„Niezależność receptą na sukces” nr RPWP.07.01.02-30-0096/19i biorę pełnąodpowiedzialność 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 Uczestniczki Projektu*

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

…………………………………………………

*Podpis Uczestniczki 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 Uczestniczkę Projektu umowy cywilnoprawnej z osobą fizyczną sprawującą opiekę nad osobą zależną:
* potwierdzona przez Uczestniczkę Projektu za zgodność z oryginałem kopia umowy z opiekunem, potwierdzona przez Uczestniczkę za zgodność z oryginałem kopia rachunku za okres sprawowania opieki przez opiekuna, dowód dokonania zapłaty rachunku.
1. W przypadku zlecenia przez Uczestniczkę opieki nad osobą zależną uprawnionej instytucji:
* potwierdzona przez Uczestniczkę Projektu za zgodność z oryginałem kopia umowy oraz rachunku/faktury za pobyt osoby zależnej w instytucji opiekuńczej za okres udziału Uczestniczki 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 Uczestniczki Projektu*

*Załącznik nr 1 do Wniosku o zwrot kosztów opieki nad osobą zależną*

**Imię i nazwisko**

**Uczestniczki Projektu:**

**Adres zamieszkania:**

**OŚWIADCZENIE**

osoby sprawującej opiekę nad osobą zależną dla Uczestników Projektu „Niezależność receptą na sukces” nr RPWP.07.01.02-30-0096/19

 Ja niżej podpisana ………………………………………………………….…………… oświadczam, że w czasie

 trwania szkolenia/stażu zawodowego w okresie……………………………………………………, w Projekcie

„Niezależność receptą na sukces” nr RPWP.07.01.02-30-0096/19sprawowałam opiekę nad osobą zależną2

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

(imię, nazwisko osoby zależnej)

…………………………………………………

*Podpis Uczestniczki Projektu*

………………………………………………..

*Podpis osoby sprawującej opiekę*

2 Należy przez to rozumieć osobę wymagającą stałej opieki, ze względu na stan zdrowia lub wiek, połączoną więzami rodzinnymi lub powinowactwem z Uczestniczką Projektu lub pozostającą z Uczestniczką Projektu we wspólnym gospodarstwie domowym, zgodnie z ustawą o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z dn. 1.05.2004 r. z późn. zm.)