



Załącznik nr 2 do Regulaminu zwrotu kosztów opieki nad dzieckiem do lat 7 / osobą zależną dla Uczestników/czek Projektu „Kreatywny start do aktywizacji” nr FEWP.06.10-IP.01-0040/25

WNIOSEK O ZWROT KOSZTÓW OPIEKI NAD OSOBĄ ZALEŻNĄ

w ramach Projektu „Kreatywny start do aktywizacji” nr FEWP.06.10-IP.01-0040/25

Imię i nazwisko Uczestnika/czki Projektu:	
Adres zamieszkania:	
Forma wsparcia¹:	
Okres / termin zajęć:	

Wnoszę o zwrot poniesionych przeze mnie kosztów opieki nad osobą zależną

1.
(imię i nazwisko osoby zależnej)
2.
(nazwa placówki / imię i nazwisko osoby sprawującej opiekę)

w związku z moim uczestnictwem w wyżej wymienionym wsparciu (oraz okresie) organizowanym w ramach Projektu „Kreatywny start do aktywizacji” nr FEWP.06.10-IP.01-0040/25.

Koszt, który został przeze mnie poniesiony to: zł

Słownie:.....

¹ Diagnoza sytuacji problemowej i opracowanie Indywidualnej Ścieżki Reintegracji, Grupowe treningi kompetencji społecznych, Szkolenia podnoszące kompetencje cyfrowe, Indywidualne poradnictwo psychologiczne, Indywidualne poradnictwo prawne i obywatelskie, Indywidualne poradnictwo zawodowe, Szkolenia zawodowe, Staż, Indywidualne pośrednictwo pracy



Jednocześnie oświadczam, że:

1. Jestem osobą samotnie opiekującą się osobą zależną.

.....

data i podpis Uczestnika/czki Projektu

2. Nie mam możliwości zapewnienia osobie zależnej bezpłatnej opieki na czas mojego uczestnictwa we wsparciu:

.....

(nazwa formy wsparcia)

przyznanym mi w ramach udziału w Projekcie „Kreatywny start do aktywizacji”
nr FEWP.06.10-IP.01-0040/25.

.....

data i podpis Uczestnika/czki Projektu

3. 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).

.....

data i podpis Uczestnika/czki Projektu

4. Z osobą zależną pozostaję w powiązaniu więzami rodzinnymi lub
powinowactwem (należy wskazać stopień pokrewieństwa):
we wspólnym gospodarstwie domowym.

.....

data i podpis Uczestnika/czki Projektu



5. Zapoznałem/am się i akceptuję warunki Regulaminu zwrotu kosztów opieki nad dzieckiem do lat 7 / osobą zależną dla Uczestników/czek Projektu „Kreatywny start do aktywizacji” nr FEWP.06.10-IP.01-0040/25 i biorę pełną odpowiedzialność 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.

.....

data i podpis Uczestnika/czki Projektu

6. Wszystkie dane zawarte w niniejszym wniosku są prawdziwe.

.....

data i podpis Uczestnika/czki Projektu