



Fundusze Europejskie
dla Świętokrzyskiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



WOJEWÓDZTWO
ŚWIĘTOKRZYSKIE

Załącznik nr 6 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „RÓWNE SZANSE”

Wniosek Uczestniczki projektu o zwrot kosztów opieki nad dzieckiem lub osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu

Ja, niżej podpisana

.....

Imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie

Zamieszkała:

.....

Adres zamieszkania: kod, miejscowość, ulica, nr domu/mieszkania

Z tytułu uczestnictwa w szkoleniu/szkoleniach zapewniam opiekę:

- ☐ **nad dzieckiem w wieku żłobkowym lub przedszkolnym**, pozostającym ze mną we wspólnym gospodarstwie domowy i z tego tytułu ponoszę koszt opłaty za pobyt w przedszkolu/żłobku/innej instytucji, uprawnionej do sprawowania opieki nad dziećmi, wynikający z legalnej (spełniającej wymagania nałożone odrębnymi przepisami podatkowym i ubezpieczeń społecznych) umowy cywilnoprawnej.
- ☐ **nad osobą wymagającą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu**, pozostającą ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym i z tego tytułu ponoszę koszt opłaty za pobyt wyżej wskazanej osoby w instytucji świadczącej usługi opiekuńcze, wynikający z legalnej (spełniającej wymagania nałożone odrębnymi przepisami – podatkowymi, ubezpieczeń społecznych) umowy cywilnoprawnej.

Dowodem poniesienia przez mnie w/w wydatku jest załączony do niniejszego wniosku dokument księgowy (faktura/rachunek) lub inny dokument księgowy o równoważnej wartości dowodowej wraz z dowodem zapłaty.

1 Zwrot kosztów opieki nad dzieckiem do lat 3 nie obejmuje miejsc opieki dofinansowywanych ze środków Funduszu Europejskiego dla Rozwoju Społecznego, Krajowego Planu Odbudowy lub z innych środków publicznych oraz nie obejmuje nieinstytucjonalnych form opieki (niania). Wsparcie nie może być udzielane również na tworzenie nowych miejsc opieki nad dziećmi do lat 3.

Zwrotu proszę dokonać na poniżej wskazane konto bankowe którego jestem posiadaczką.

Dane do przelewu

Właściciel konta bankowego
(imię nazwisko):



TOP FOCUS Tomasz Krzyżański
Al. IX Wieków Kielc 6/17, 25-516 Kielce



FUNDACJA LEONIS
Al. IX Wieków Kielc 6/8, 25-516 Kielce



[illegible]

Oświadczam, że powyższe informacje są prawdziwe zgodnie ze stanem rzeczywistym, jednocześnie oświadczam, że nikt z domowników w okresie odbywania przez mnie szkolenia/szkoleń w ramach projektu „RÓWNE SZANSE” nie może sprawować opieki nad dzieckiem/osoba wymagającą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu pozostającą ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym.

.....
Data

.....

Czytelny podpis Uczestniczki projektu

WYPEŁNIA TOP FOCUS Tomasz Krzyżański

Maksymalna kwota jaka przysługuje z tytułu zwrotu kosztów opieki nad dzieckiem lub osobą wymagającą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu – (..... za pełen miesiąc faktycznego uczestnictwa w danej formie wsparcia/ilość dni roboczych za który dokonywany jest zwrot) x ilość faktycznych godzin wliczając ewentualne przerwy w których Uczestniczka projektu korzystała ze wsparcia w ramach projektu w trakcie których zapewniała opiekę nad dzieckiem lub osobą wymagającą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu - = zł.

.....
Data

.....

Podpis Biura projektu

