



Fundusze Europejskie
dla Lubelskiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Wniosek o zwrot kosztów opieki nad dzieckiem do lat 7 lub osobą zależną

Ja, niżej podpisany/a

zamieszkały/a

oświadczam, że jestem Uczestnikiem/Uczestniczką projektu „**Równe szanse!**” nr projektu:

FELU.08.01-IP.02-0047/23 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu

Społecznego Plus w ramach programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027

realizowanego przez firmę Piotr Robert Szmigiel Centrum Szkoleniowe NORTON i wnioskuję o przyznanie mi **zwrotu kosztu opieki nad dzieckiem do lat 7 / osobą zależną***:

1.
(Imię i nazwisko osoby zależnej) (data urodzenia) (stopień pokrewieństwa)

2.
(Imię i nazwisko osoby zależnej) (data urodzenia) (stopień pokrewieństwa)

na czas mojego uczestnictwa w zajęciach w ramach w/w Projektu z uwagi na fakt, iż osoba ta ze względu na:

- **stan zdrowia*/wiek*/** , wymaga stałej opieki .
(inne przyczyny)

Ponadto oświadczam, iż nie posiadam możliwości zapewnienia w/w osobie innej bezpłatnej opieki na czas trwania zajęć w ramach wsparcia udzielonego w Projekcie.

Jednocześnie **oświadczam**, że z wyżej wymienionym/ą łączą mnie:

- **więzy rodzinne***,
- **powinowactwo***,
- **pozostaje ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym***,

jak również, że zachodzi niezbędność ponoszenia kosztów związanych z wynajęciem osoby do sprawowania opieki nad wyżej wymienionym/ą na czas mojego uczestnictwa w projekcie z uwagi na stan zdrowia osoby zależnej co potwierdzam załączonym dokumentem.

Uczestnik/Uczestniczka Projektu jest zobowiązany/a do potwierdzenia obecności własnoręcznym podpisem na liście obecności w ramach udzielanego wsparcia.



**Dofinansowane przez
Unię Europejską**

[illegible]

(26 cyfrowy numer rachunku bankowego)

.....
Data i podpis Uczestnika/ Uczestniczki Projektu

* niepotrzebne skreślić