Fundusze Europejskie Program Regionalny | SAMORZĄD WOJEWÓDZTWA WIELKOPOLSKIEGO | Unia Europejska Europejski Fundusz Społeczny

O Ś W I A D C Z E N I E

Ja, niżej podpisany/a .....
…….....……

zam. w
……
……..
oświadczam , że jestem uczestnikiem Projektu „Podniesienie kompetencji mieszkańców małych miejscowości Wielkopolski w zakresie podstawowej znajomości języka angielskiego – Edycja 2" nr RPWP.08.02.00-30-0169/18, realizowanego przez firmę Piotr Robert Szmigiel Centrum Szkoleniowe NORTON, al. płk. Władysława Beliny - Prażmowskiego 59/5, 31-534 Kraków, i wnioskuję o przyznanie mi zwrotu kosztu opieki nad **osobą zależną**:

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

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

- **stan zdrowia*/ wiek*/** …….. , wymaga stałej opieki .

(inne przyczyny)

Jednocześnie **oświadczam** , że z wyżej wymienionym łączą mnie :
więzy rodzinne*,
powinowactwo*,
pozostaje ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym*,
jak również, że zachodzi niezbędność ponoszenia kosztów zwiazanych z wynajęciem osoby do sprawowania opieki nad wyżej wymienionym na czas mojego uczestnictwa w zajęciach.

Średni dochód na jednego członka mojej rodziny z okresu ostatnich 12 miesięcy wynosi ……. PLN miesięcznie na osobę .
Słownie .....

W przypadku przyznania mi dofinansowania, proszę o dokonanie przelewu na konto:

Właściciel konta ……

Adres właściciela konta ……

Nazwa Banku ……

Nr konta ……

Przesłanie informacji o przyznaniu dofinansowania na adres e mail: .....
(proszę wpisać czytelnie)

Mój telefon kontaktowy : ……..

……. ,dnia……
…….

Podpis

***** *niepotrzebne skreślić*