



Fundusze Europejskie  
Wiedza Edukacja Rozwój

Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



## WNIOSEK O ZWROT KOSZTÓW OPIEKI NAD OSOBĄ ZALEŻNĄ

Ja, niżej podpisany/a .....

zam. w .....

oświadczam , że jestem uczestnikiem Projektu „Młodzi pełni POWER-a!”, nr projektu - POWR.01.02.012-0022/20 współfinansowanego ze środków Europejskiego Fundusz Społeczny w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 – 2020, realizowanego przez firmę Piotr Robert Szmigiel Centrum Szkoleniowe NORTON i wnioskuję o przyznanie mi zwrotu kosztu opieki nad osobą zależną:

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

na czas mojego uczestnictwa w ..... 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/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 .....

**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 rachunek bankowy:

Właściciel rachunku bankowego: .....

Adres: .....

Nazwa Banku: .....

Nr rachunku bankowego:

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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

Mój nr telefonu do kontaktu: .....

....., dnia.....

.....  
Podpis

\* *niepotrzebne skreślić*