



.....  
(imię i nazwisko Uczestnika Projektu)

.....  
(miejsowość i data)

.....  
(ulica, nr domu zamieszkania)

.....  
(kod pocztowy, miejscowość zamieszkania)

Nr wniosku (Pole wypełnia pracownik Biura Projektu)

## WNIOSEK O ZWROT KOSZTÓW OPIEKI NAD DZIECKIEM DO 7 ROKU ŻYCIA/OSOBA ZALEŻNĄ

do **FT Polska Sp. z o.o.** z siedzibą przy Plac Wolności 26, 97-540 Pławno, NIP: 9492192925  
w ramach projektu **Ukierunkowani na rozwój nr RPLD.09.01.01-10-0006/21**

Zwracam się z prośbą o zwrot kosztów dojazdu do miejsca i z miejsca zajęć w związku z\*:

- Odbywaniem zajęć z **Indywidualna ścieżka reintegracji**
- Odbywaniem zajęć z **Poradnictwo psychologiczne**
- Odbywaniem zajęć z **Poradnictwo prawne**
- Odbywaniem zajęć z **Trening umiejętności społecznych i zawodowych**
  - Odbywaniem zajęć z **Trening umiejętności społecznych i zawodowych - zajęcia indywidualne**
  - Odbywaniem zajęć z **Trening umiejętności społecznych i zawodowych - zajęcia grupowe**
- Odbywaniem zajęć z **Szkolenie zawodowe**
- Odbywaniem zajęć z **Pośrednictwo pracy**

Oświadczam, że w okresie od ..... do ..... (proszę podać pełną datę pierwszych

i ostatnich zajęć) uczestniczyłem/am w ..... dniach zajęć i wnioskuję o przyznanie refundacji kosztów opieki nad:

a) dzieckiem/dziećmi:  
(nazwisko i imię) ..... w wieku.....lat

(nazwisko i imię) ..... w wieku.....lat

b) osobą zależną:

(nazwisko i imię) .....

w wysokości .....zł (rozumiany jako: stawka godzinowa wynikająca z umowy z podmiotem sprawującym opiekę nad dzieckiem/osobą zależną przemnożona przez liczbę godzin szkolenia i ilość dni danej formy wsparcia).

**Oświadczam, że:**

1. Sprawuję opiekę nad dzieckiem / dziećmi do lat 7 / lub opiekę nad osobą zależną.
2. Zobowiązuję się niezwłocznie poinformować Realizatora Projektu o okolicznościach powodujących utratę prawa do ww. świadczenia.
3. Nie posiadam możliwości zapewnienia innej bezpłatnej opieki na czas uczestnictwa w szkoleniu/poradnictwie.
4. Oświadczam, że powyższe dane odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe. Jestem świadoma(y) odpowiedzialności prawnej, jaką ponoszę w przypadku podania nieprawidłowych danych.



**Fundusze Europejskie**  
Program Regionalny



**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



Proszę o zwrot kosztów dojazdu w wysokości ..... zł brutto.

Sposób przekazania środków: przelew na rachunek bankowy:

Nazwa i oddział banku:.....

Numer mojego osobistego rachunku bankowego:

|    |      |      |      |      |      |      |
|----|------|------|------|------|------|------|
| □□ | □□□□ | □□□□ | □□□□ | □□□□ | □□□□ | □□□□ |
|----|------|------|------|------|------|------|

W przypadku nie posiadania osobistego rachunku bankowego, należy dołączyć oświadczenie z taką informacją oraz z danymi osoby (imię, nazwisko, adres zameldowania) wraz ze wskazaniem numeru konta bankowego, na które będą przekazywane środki dla Uczestnika Projektu.

**Kwota do wypłaty**

(Pole wypełnia pracownik Biura Projektu)

Załączniki:

1. Kserokopia umowy z podmiotem sprawującym opiekę nad dzieckiem lub osobą zależną: żłobek / przedszkole / inna instytucja.
2. Kserokopia aktu urodzenia dziecka (dot. opieki nad dzieckiem do lat 7)
3. Dokument potwierdzający konieczność sprawowania stałej opieki nad osobą zależną ze względu na jej stan zdrowia lub wiek oraz dokument potwierdzający stopień pokrewieństwa lub powinowactwa lub oświadczenie o pozostawaniu we wspólnym gospodarstwie domowym.
4. Rachunek/faktura/zaświadczenie potwierdzające wysokość poniesionych kosztów z tytułu opieki nad dzieckiem/dziećmi/osobą zależną.
5. Potwierdzenie świadczenia opieki w okresie trwania: spotkań indywidualnych/grupowych, wystawione przez podmiot sprawujący opiekę nad dzieckiem/dziećmi/osobą zależną (z podaniem dziennej liczby godzin).

Składam niniejszy wniosek i oświadczam, że znana jest mi treść *Regulaminu Zwrotu kosztów dojazdu i opieki na dzieckiem do 7 roku życia/osobą zależną w ramach projektu Ukierunkowani na rozwój nr RPLD.09.01.01-10-0006/21*. Podane dane są zgodne ze stanem faktycznym. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu karnego za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

.....

**Podpis Uczestnika Projektu**

\* zaznaczyć właściwe/niewłaściwe wykreślić