

Lider projektu:



Partner projektu:



Siedziba: 62-006 Kaliszka, Bogucin 16, Grzybowa nr 4
Biuro: 61-611 Poznań, ul. Narutowicka 172
tel./fax: 618260007 | kom.: 601900786
biuro@fundacja-akme.pl | www.fundacja-akme.pl
NIP 777.323.81.50 | REGON 302700614 | KRS 0000499852

**WNIOSEK O ZWROT KOSZTÓW OPIEKI NAD DZIECKIEM/DZIEĆMI LUB OSOBĄ ZALĘŻNĄ
UCZESTNIKA/CZKI PROJEKTU „ZAS NA ZMIANĘ” NR RPPM.06.01.02-22-0104/16**

1. Imię i nazwisko Uczestnika/czki projektu
2. Adres zamieszkania
3. Numer PESEL: Numer telefonu
5. Nr rachunku bankowego:
6. Dane osoby, której dotyczy zwrot kosztów (dziecka do 7 roku życia/osoby zależnej*):
 - a) imię i nazwisko.....
 - b) data urodzenia.....

Oświadczam, że:

Od dnia 201... r. do dnia 201... r. w ramach projektu „Zas na zmianę ” uczestniczyłem/łam w indywidualnym doradztwie zawodowym/grupowym poradnictwie psychospołecznym/ warsztatach terapeutycznych/ poradnictwie psychologicznym/ szkoleniu zawodowym/stażu/pośrednictwie pracy *

W związku z powyższym wnioskuję o przyznanie zwrotu kosztów opieki nad dzieckiem/dziećmi/osobą zależną w wysokości: PLN , słownie złotych:
.....

Kwotę wyliczono na podstawie:

faktycznie poniesionych wydatków (należy załączyć dokumenty potwierdzające wydatki np. FV, umowa, potwierdzenie przelewu, dowód wpłaty gotówkowej KP)

kosztów poniesionych w związku z zatrudnieniem przez uczestnika/czkę opiekunki (należy załączyć umowę z opiekunką, potwierdzenie zgłoszenia do ubezpieczeń, potwierdzenie zapłaty wynagrodzenia, PDOF oraz składek ubezpieczeniowych)

a) 18 zł x h (w przypadku spotkań indywidualnych, grupowych, szkoleń zawodowych) =
..... zł (słownie złotych:)



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Lider projektu:



Partner projektu:



Siedziba: 62-006 Kaliszka, Bogucin 16, Grzybowa nr 4
Biuro: 61-611 Poznań, ul. Narutowicka 172
tel./fax: 618260007 | kom.: 601900786
biuro@fundacja-akme.pl | www.fundacja-akme.pl
NIP 777.323.81.50 | REGON 302760614 | KRS 0000499852

b) 400 zł xm-ce (w przypadku stażu) = zł. (słownie złotych:

.....)

.....
(data i CZYTELNY podpis Uczestnika/czki)

*niepotrzebne skreślić

Załączniki:

- 1) kserokopie aktu urodzenia dziecka lub dzieci, w przypadku opieki nad dziećmi,
- 2) orzeczenie o stopniu niepełnosprawności dziecka lub dzieci w przypadku posiadania dziecka lub dzieci niepełnosprawnych do 18 roku życia,
- 3) orzeczenie o niepełnosprawności oraz dokument potwierdzający stopień pokrewieństwa lub powinowactwa, w przypadku opieki nad osobą zależną
- 4) oświadczenie o skierowaniu do odbycia stażu, szkolenia, kursu
- 5) umowa z placówką przedszkolną (lub inne umowy), w celu potwierdzenia faktycznie poniesionych kosztów opieki nad dzieckiem/dziećmi lub osobą zależną.



URZĄD MARSZAŁKOWSKI
WOJEWÓDZTWA POMORSKIEGO

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny

