



Załącznik nr 2 do Regulaminu zwrotu kosztów opieki nad dzieckiem/osobą zależną
Projektu pn.: „Przystosowani do zmian” nr FEPM.05.11-IZ.00-0070/23

**Wniosek o zwrot kosztów opieki nad osobą zależną w ramach Projektu pn.:
„Przystosowani do zmian” nr FEPM.05.11-IZ.00-0070/23**

Imię i nazwisko Uczestnika/czki Projektu:	
Adres zamieszkania:	

Zwracam się z prośbą o zwrot kosztów opieki nad osobą zależną:

1.
(imię i nazwisko osoby zależnej)

2.
(imię i nazwisko osoby zależnej)

3.
(imię i nazwisko osoby zależnej)

poniesionych przeze mnie przez okres mojego uczestnictwa w:

.....
(forma wsparcia, której dotyczy zwrot)

w okresie:

.....
(terminy zajęć podczas których sprawowana była opieka nad osobą zależną)

Koszt opieki nad osobą zależną wynosił w ww. okresie zł

słownie:



Zwrotu proszę dokonać na konto bankowe nr:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dane właściciela powyższego konta:

.....
(imię i nazwisko)

.....
Data

.....
Podpis Uczestnika/czki Projektu

Jednocześnie oświadczam, że:

1. Jestem osobą samotnie opiekującą się osobą zależną lub współmałżonek/partner jest osobą pracującą i nie może sprawować opieki nad osobą zależną w czasie mojego uczestnictwa w Projekcie.
2. Przedkładam dokument poświadczający stan zdrowia osoby zależnej (np. orzeczenie o stopniu niepełnosprawności ze wskazaniem o konieczności zapewnienia stałej opieki).
3. Z osobą zależną pozostaje **(zaznaczyć właściwe)**:

w powiązaniu więzami rodzinnymi lub powinowactwem

.....
(stopień pokrewieństwa)

we wspólnym gospodarstwie domowym
4. Opiekun sprawujący opiekę nad osobą zależną nie jest ze mną spokrewniony (dot. osób wnioskujących o zwrot kosztów opieki sprawowanej nad osobą zależną przez opiekuna na podstawie umowy cywilnoprawnej)
5. Zapoznałem/am się i akceptuję warunki **Regulaminu zwrotu kosztów opieki nad dzieckiem/ osobą zależną Projektu pn.: „Przystosowani do zmian” nr FEPM.05.11-IZ.00-0070/23.**
6. Biorę pełną odpowiedzialność za wybór Instytucji uprawnionej do sprawowania opieki



nad osobą zależną lub/i opiekuna, który sprawował opiekę nad osobą zależną w okresie mojego uczestnictwa w Projekcie.

7. Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w niniejszym wniosku są prawdziwe.

.....
Data

.....
Podpis Uczestnika/czki Projektu

Załączniki (zaznaczyć właściwe):

a) Dokumenty potwierdzające sprawowanie opieki nad osobą zależną:

- potwierdzona za zgodność z oryginałem kopia decyzji ZUS o stopniu niezdolności do pracy lub orzeczenie o niepełnosprawności osoby zależnej, ze wskazaniem o konieczności zapewnienia stałej opieki.

b) Dokumenty potwierdzające zawarcie umowy cywilnoprawnej przez Uczestnika/czkę Projektu z osobą fizyczną sprawującą opiekę nad osobą zależną:

- potwierdzona przez Uczestnika/czkę Projektu za zgodność z oryginałem kopia umowy z opiekunem,
- potwierdzona przez Uczestnika/czkę za zgodność z oryginałem kopia rachunku za okres sprawowania opieki przez opiekuna,
- dowód dokonania zapłaty rachunku.

c) Dokumenty potwierdzające zlecenie opieki nad osobą zależną przez Uczestnika/czkę uprawnionej Instytucji:

- potwierdzona przez Uczestnika/czkę Projektu za zgodność z oryginałem kopia umowy oraz rachunku/faktury za pobyt osoby zależnej w instytucji opiekuńczej za okres udziału Uczestnika/czki w zajęciach w ramach Projektu,
- dowód zapłaty rachunku/faktury.

d) Inne dokumenty/oświadczenia (o ile okażą się niezbędne) poświadczające konieczność opieki nad osobą zależną:



Fundusze Europejskie
dla Pomorza

Dofinansowane przez
Unię Europejską



URZĄD MARSZAŁKOWSKI
WOJEWÓDZTWA POMORSKIEGO

.....

.....

.....

.....
Data

.....
Podpis Uczestnika/czki Projektu