



Projekt „ŚWIĘTOKRZYSKIE CENTRUM ROZWOJU Aktywizacji Zawodowej osób powyżej 29 roku życia pozostających bez zatrudnienia” realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014 – 2020, w ramach Poddziałania 10.02.01

Załącznik nr 11 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

Wniosek Uczestnika/czki projektu o zwrot kosztów opieki nad dzieckiem lub dziećmi do lat 7 oraz osobami wymagającymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu

Ja, niżej podpisany/a

Imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie

Zamieszkały/a

Adres zamieszkania: kod, miejscowość, ulica, nr domu/mieszkania

oświadczam, iż

sprawuję opiekę nad dzieckiem lub dziećmi do lat 7, pozostającym/pozostającymi ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym, co potwierdzam załączaną/załączonymi do niniejszego wniosku - kopią aktu/aktów urodzenia dziecka/dzieci.

sprawuję opiekę nad osobą/osobami wymagającą/cymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, pozostającą/pozostającymi ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym, co potwierdzam załączonym do niniejszego wniosku oświadczeniem opiekuna i osoby nad którą sprawowana jest opieka.

Z tytułu uczestnictwa w szkoleniu/kursie zapewniam opiekę:

nad dzieckiem lub dziećmi do lat 7, pozostającym/pozostającymi ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym i z tego tytułu ponoszę koszt opłaty za pobyt w przedszkolu/żłobku /innej instytucji, uprawnionej do sprawowania opieki nad dziećmi, wynikający z legalnej (spełniającej wymagania nałożone odrębnymi przepisami podatkowym i ubezpieczeń społecznych) umowy cywilnoprawnej.

nad osobą zależną/osobami wymagającą/cymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, pozostającą/pozostającymi ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym i z tego tytułu ponoszę koszt opłaty za pobyt osoby/osób wymagającej/cych wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w instytucji świadczącej usługi opiekuńcze, wynikający z legalnej (spełniającej wymagania nałożone odrębnymi przepisami – podatkowymi, ubezpieczeń społecznych) umowy cywilnoprawnej.

Dowodem poniesienia przez mnie w/w wydatku jest załączony do niniejszego wniosku dokument księgowy (faktura/rachunek) lub inny dokument księgowy o równoważnej wartości dowodowej wraz z dowodem zapłaty.



Projekt „ŚWIĘTOKRZYSKIE CENTRUM ROZWOJU Aktywizacji Zawodowej osób powyżej 29 roku życia pozostających bez zatrudnienia” realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014 – 2020, w ramach Poddziałania 10.02.01

Zwrotu proszę dokonać na poniżej wskazane konto bankowe którego jestem posiadaczem/ką.

Dane do przelewu															
Właściciel konta bankowego (imię nazwisko):															
Adres zamieszkania: (kod/ miasto/ ulica/ nr domu/ nr lokalu)															
Nr konta bankowego:															

Oświadczam, że powyższe informacje są prawdziwe zgodne ze stanem rzeczywistym, jednocześnie oświadczam że nikt z domowników w okresie odbywania przez mnie kursu/szkolenia w ramach projektu „ŚWIĘTOKRZYSKIE CENTRUM ROZWOJU Aktywizacji Zawodowej osób powyżej 29 roku życia pozostających bez zatrudnienia” nie może sprawować opieki nad dzieckiem/dziećmi/osobą/osobami wymagającymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu pozostającymi ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym.

Data

Czytelny podpis Uczestnika/czki

WYPEŁNIA Centrum Rozwoju Społeczno-Ekonomicznego
Biuro projektu: ul. Kasztanowa 12/15, 25-555 Kielce

Maksymalna kwota jaka przysługuje z tytułu zwrotu kosztów opieki nad dzieckiem lub dziećmi do lat 7 oraz osobami wymagającymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu – (..... za pełen miesiąc faktycznego uczestnictwa w danej formie wsparcia/ilość dni roboczych za który dokonywany jest zwrot.....) x ilość faktycznych dni w których Uczestnik/czka projektu korzystał ze wsparcia w ramach projektu w trakcie których zapewniał opiekę nad dzieckiem lub dziećmi do lat 7 oraz osobami wymagającymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu - = zł.

Data

Podpis pracownika Biura projektu/Kierownika projektu