



Załącznik nr 1 do Regulaminu refundacji kosztów opieki na dzieckiem /osobą zależną

Wniosek Uczestniczki projektu o zwrot kosztów opieki nad dzieckiem lub osobą wymagającą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu

Ja, niżej podpisana

.....

Imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie

Zamieszkała

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

oświadczam, iż

- **sprawuję opiekę nad dzieckiem w wieku żłobkowym lub przedszkolnym**, pozostającym ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym, co potwierdzam załączaną do niniejszego wniosku kopią aktu urodzenia dziecka
- **sprawuję opiekę nad osobą wymagającą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu**, pozostającą ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym, wymagającą ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego, co potwierdzam załączonymi do niniejszego wniosku kopiami dokumentów poświadczającymi stan zdrowia wyżej wskazanej osoby i dokumentem potwierdzającym stopień pokrewieństwa/ powinowactwa tj.:
 - **orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności** - ze wskazaniem o konieczności zapewnienia opieki/wsparcia i/lub
 - **zaświadczeniem lekarskim**,

Z tytułu uczestnictwa w szkoleniu/szkoleniach zapewniam opiekę:

- **nad dzieckiem w wieku żłobkowym lub przedszkolnym**, pozostającym 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 cywilnoprawnej¹.

¹ Zwrot kosztów opieki nad dzieckiem do lat 3 nie obejmuje miejsc opieki dofinansowywanych ze środków Funduszu Europejskiego dla Rozwoju Społecznego, Krajowego Planu Odbudowy lub z innych środków publicznych oraz nie obejmuje nieinstytucjonalnych form opieki (niania). Wsparcie nie może być udzielane również na tworzenie nowych miejsc opieki nad dziećmi do lat 3





Projekt „Siła KOBIE!” realizowany w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Świętokrzyskiego 2021-2027
współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus

- **nad osobą wymagającą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu**, pozostającą ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym i z tego tytułu ponoszę koszt opłaty za pobyt wyżej wskazanej osoby 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.

Zwrotu proszę dokonać na poniżej wskazane konto bankowe którego jestem posiadaczką.

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 szkolenia/szkoleń w ramach projektu „Siła KOBIE!” nie może sprawować opieki nad dzieckiem/osoba wymagającą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu pozostającą ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym.

.....

Data

.....

Czytelny podpis Uczestniczki projektu

