



Załącznik nr 10 do Regulaminu uczestnictwa

**WNIOSEK O POKRYCIE KOSZTÓW OPIEKI NAD DZIECKIEM DO LAT 7
LUB OSOBA POTRZEBUJĄCĄ WSPARCIA W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU**

Ja niżej podpisana/y/, zwracam się z prośbą o **pokrycie kosztów opieki nad dzieckiem do lat 7/nad osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu**¹ z tytułu mojego udziału w szkoleniu/stażu* w ramach projektu pn „**Tvoja Szansa na Lepszą Przyszłość!**” **POWR.01.02.01-IP.24-14-0028/20**, realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 – 2020 ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

Imię i nazwisko PESEL

Adres zamieszkania

Wnosze o przyznanie refundacji kosztów opieki na dzieckiem/dziećmi do lat 7:

Imię i nazwisko dziecka / dzieci

[illegible]

Imię i nazwisko dziecka / dzieci

[illegible]

Wnoszę o przyznanie refundacji nad osobą zależną

Imię i nazwisko osoby zależnej

[illegible]

Do wniosku należy dołączyć:

- ✓ Dokument potwierdzający sprawowanie opieki na dzieckiem/dziećmi – akt urodzenia
- ✓ Dokument potwierdzający sprawowanie opieki nad osobą zależną – dokument potwierdzający konieczność sprawowania stałej opieki nad osobą ze względu na jej stan zdrowia lub wiek oraz dokument potwierdzający stopień pokrewieństwa lub powinowactwa lub oświadczenie o pozostawaniu we wspólnym gospodarstwie domowym
- ✓ Dokument potwierdzający poniesione koszty (np. umowa ze żłobkiem, przedszkolem)

Wnoszę o zwrot poniesionych przeze mnie kosztów opieki nad dzieckiem/dziećmi/osobą zależną na mój osobisty rachunek bankowy

.....

Podpis wnioskodawcy

Podpis Koordynatora projektu:.....

¹ Niewłaściwe skreślić

* właściwe podkreślić

„Twoja Szansa na Lepszą Przyszłość!” Wsparcie osób młodych na regionalnym rynku pracy – projekty konkursowe
Projekt w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 - 2020



Fundacja Akademia Kompetencji Europejskich
Al. Gen. Władysława Sikorskiego 3a lok. 12, 02-758 Warszawa
e-mail: akefundacja@gmail.com www.fundacjaake.pl