Załącznik nr 1 Wniosek o refundację kosztów

…….....
Miejscowość, data

……
Imię i nazwisko Uczestnika/czki Projektu
…….
…….
Adres Uczestnika/czki Projektu

WNIOSEK o refundację kosztów opieki nad dzieckiem/osobą zależną

Zwracam się z prośbą o refundację kosztów opieki nad **dzieckiem/osobą zależną*** Wybrać odpowiednie

.....
(imię i nazwisko dziecka/osoby zależnej)

Jednocześnie oświadczam, że:

	CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA/CZKI PROJEKTU
Nie mam możliwości zapewnienia opieki dla dziecka/osoby zależnej we własnym zakresie	
Dziecko/osoba zależna przebywa wraz ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym.	
Opiekun/ Opiekunka sprawująca opiekę nad dzieckiem/ osobą zależną nie jest ze mną spokrewniona	

podczas …… - wsparcia realizowanego w ramach projektu „Szansa na nowy start", FESW.10.08-IP.01-0012/24 w okresie od…… do…….. w kwocie ……**.**
– zgodnie ze złożonymi dokumentami na wskazane przeze mnie konto numer:

Do wniosku składam:
□ *– akt urodzenia dziecka*
□ *– dokumenty potwierdzające poniesienie kosztu: umowa/ rachunek /zgłoszenie do ubezpieczenia/ faktura/ potwierdzenie zapłaty* **proszę podkreślić właściwe*

Oświadczam, że znane mi są postanowienia zasad zwrotu refundacji kosztów opieki nad dzieckiem/osobą zależną

Podpis wnioskodawcy ……..