……………………………………… …………………………………..

Imię i nazwisko uczestnika Miejscowość, data

...........................................

Adres zamieszkania

...........................................

PESEL

**WNIOSEK**

**Uczestnika Projektu o przyznanie refundacji kosztów opieki nad dzieckiem lub osobą zależną**

**Projekt: „ELUWINA PRACO!”**

**Wniosek dot. opieki nad dzieckiem/osobą zależną w związku z udziałem w poniżej wskazanej formie wsparcia**:

□ doradztwo indywidualne

□ doradztwo grupowe

□ kursy i szkolenia zawodowe

□ pośrednictwo pracy

□ wsparcie psychologa

□ staż zawodowy

W związku z koniecznością sprawowania opieki nad dzieckiem / dziećmi do 7 roku życia / osobą zależną, wnoszę o przyznanie refundacji kosztów opieki nad:

□ dzieckiem / dziećmi do 7 roku życia

1. Imię i nazwisko dziecka:………………………………………..

PESEL:………………………………………..

1. Imię i nazwisko dziecka:………………………………………..

PESEL:………………………………………..

1. Imię i nazwisko dziecka:………………………………………..

PESEL:………………………………………..

□ osobą zależną

1. Imię i nazwisko osoby zależnej: ……………………………………

PESEL: …………………………..

Adres zamieszkania: ………………………………………..

Okres trwania opieki nad dzieckiem / osobą zależną: …………………………………………………………………………………..

Od (DD/MM/RR) do (DD/MM/RR)

Oświadczam, że koszt opieki nad dzieckiem/osobą zależną w związku z moim udziałem w ww. przeze mnie

formie wsparcia w  okresie objętym wnioskiem wyniósł ............................zł.

Słownie złotych: ……………………………………………………………………………………………………………..

Zwrotu proszę dokonać na rachunek bankowy wskazany przeze mnie w oświadczeniu stanowiącym Załącznik nr 6 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie pn.: „*ELUWINA PRACO!*”, WND-POWR.01.02.01-24-0002/20.

Oświadczam, że w momencie poświadczenia nieprawdziwych danych zwrócę wypłacone koszty opieki wraz z ustawowymi odsetkami.

……………………………………………

(podpis uczestnika)

Do wniosku należy dołączyć:

1. Dokument potwierdzający sprawowanie opieki nad:

− dzieckiem/dziećmi do 7 roku życia - akt urodzenia,

− 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.

2. Dokumenty potwierdzające planowane / poniesione koszty (np. umowa z przedszkolem, żłobkiem).

Refundacja przyznawana jest zgodnie z Ustawy o Promocji Zatrudnienia i Instytucjach Rynku Pracy (art. 49 oraz 62) po udokumentowaniu poniesionych kosztów.

Wysokość refundacji jest nie wyższa niż połowa zasiłku dla osób bezrobotnych (art. 72. Ust. 1 pkt 1), na każde dziecko lub osobę zależną na które poniesiono koszty.

Oświadczam że:

1. Sprawuję opiekę nad dzieckiem / dziećmi do lat 7 / lub opiekę nad osobą zależną.
2. Zostałem(am) poinformowany(a), że tracę prawo do refundacji w przypadku:
3. przerwania formy wsparcia zgodnie z wnioskiem;
4. zaprzestania sprawowania opieki nad dzieckiem/dziećmi do lat 7 lub osobą zależną;
5. podjęcia zatrudnienia
6. przerwania udziału w Projekcie
7. pozbawienia statusu Uczestnika projektu
8. Zostałem(am) poinformowany(a), że o powstaniu okoliczności wskazanych w pkt 2 ust.a)-d) oświadczenia jestem zobowiąza-ny(a) niezwłocznie poinformować Beneficjenta.

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że wszelkie podane przeze mnie w niniejszym wniosku dane są zgodne ze stanem faktycznym.

………………………………………………...………

(Czytelny podpis uczestnika projektu)

- Dziecko do lat 7 oznacza dziecko, które nie ukończyło 7. roku życia.

- Osoba zależna oznacza osobę wymagającą ze względu na stan zdrowia lub wiek stałej opieki, połączoną więzami rodzinnymi lub powinowactwem z wnioskodawcą lub pozostają-cą z nią we wspólnym gospodarstwie domowym