



Załącznik nr 9 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

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.
- ☐ **nad osobą wymagającą a 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.

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.



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 „Czas Kobiet!” nie może sprawować opieki nad dzieckiem/osoba wymagającą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu pozostającą ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym.

.....
Data

.....
Czytelny podpis Uczestniczki projektu

**WYPEŁNIA Centrum Rozwoju Społeczno-Ekonomicznego
Biuro projektu: Plac Niepodległości 1 lok. 3.19, 25-506 Kielce**

Maksymalna kwota jaka przysługuje z tytułu zwrotu kosztów opieki nad dzieckiem lub osobą wymagającą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu – (..... za pełen miesiąc faktycznego uczestnictwa w danej formie wsparcia/ilość dni roboczych za który dokonywany jest zwrot) x ilość faktycznych godzin wliczając ewentualne przerwy w których Uczestniczka projektu korzystała ze wsparcia w ramach projektu w trakcie których zapewniała opiekę nad dzieckiem lub osobą wymagającą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu - = zł.

.....
Data

.....
Podpis Biura projektu