

Załącznik nr 1. do Regulaminu zwrotu (refundacji) kosztów opieki nad dzieckiem/dziećmi lub osobą zależną dla uczestników projektu „Akademia zatrudnienia 3.

**WNIOSEK O ZWROT/REFUNDACJĘ KOSZTÓW OPIEKI NAD DZIECKIEM/DZIEĆMI LUB OSOBĄ ZALĘŻNĄ
W CZASIE TRWANIA FORM WSPARCIA ZAPLANOWANYCH W RAMACH PROJEKTU
„Akademia zatrudnienia 3”:**

CZĘŚĆ A wypełnia uczestnik projektu

(w polu oznaczonym zaznaczyć znakiem **X** lub **V** formy wsparcia, których dotyczy wniosek):

DANE UCZESTNIKA PROJEKTU SKŁADAJĄCEGO WNIOSEK:

Imię i nazwisko:

PESEL:

W związku z uczestnictwem we wsparciu realizowanym w ramach projektu „Akademia zatrudnienia 3” wnoszę o zwrot (refundację) kosztów opieki nad¹:

dzieckiem/dziećmi, nad którym/i sprawuję opiekę, które w dniach, których dotyczy niniejszy wniosek nie miały ukończone 7 roku życia i/lub ukończyły 7 lat, lecz nadal przebywały w dziennym punkcie opieki przedszkolnej:

-
(imię i nazwisko dziecka, liczba ukończonych lat)
-
(imię i nazwisko dziecka, liczba ukończonych lat)

osobą zależną wymagającą ze względu na stan zdrowia lub wiek stałej opieki, z którą jestem połączony/a więzami pokrewieństwa/powinowactwem i jestem jedyną osobą mogącą sprawować opiekę nad wskazaną osobą zależną:

.....
(imię i nazwisko osoby zależnej, wskazanie powiązania z uczestnikiem projektu - więzy pokrewieństwa/powinowactwo)

¹ Właściwie zaznaczyć X lub V.

CZĘŚĆ B - wypełnia Beneficjent (PCE „Marmołowski” s.c.)/Partner (Twin Media Sp z o.o.)

Mając na uwadze zapisy Regulaminu zwrotu (refundacji) kosztów opieki nad dzieckiem do lat 7 lub osobą zależną dla uczestników projektu „Akademia zatrudnienia 3” na podstawie informacji zawartych we WNIOSKU O ZWROT/REFUNDACJĘ KOSZTÓW OPIEKI NAD DZIECKIEM/DZIEĆMI LUB OSOBĄ ZALĘŻNĄ złożonym przez stwierdzam, że w/w uczestnik projektu jest osobą uprawnioną / nieuprawnioną⁴ do otrzymania zwrotu poniesionych kosztów z tytułu opieki nad dzieckiem/dziećmi/osobą zależną.

Na podstawie dokumentów załączonych do wniosku oraz list obecności potwierdzających udział w/w uczestnika projektu we wskazanych we wniosku formach wsparcia zatwierdzam refundację kosztów z tytułu opieki nad dzieckiem/dziećmi/osobą zależną w kwocie:

Szkolenie zawodowe	Liczba dni obecności na szkoleniu realizowanym w wymiarze 8 godzin dziennie	Liczba dni roboczych w danym miesiącu kalendarzowym	Koszt opieki nad dzieckiem/dziećmi/osobą zależną poniesiony w danym miesiącu kalendarzowym	Kwota należnego zwrotu - wynik działania 1/2 x 3
	1	2	3	
Staż zawodowy	Liczba dni obecności na stażu zawodowym zgodnie	Liczba dni roboczych w danym miesiącu kalendarzowym	Koszt opieki nad dzieckiem/dziećmi/osobą zależną poniesiony w danym miesiącu kalendarzowym	Kwota należnego zwrotu - wynik działania 1/2 x 3
	1	2	3	

Zatwierdzam do wypłaty kwotę (PLN)

Pieczęć i podpis osoby uprawnionej

⁴ Niewłaściwe skreślić.