**WNIOSEK O ZWROT KOSZTÓW OPIEKI NAD DZIECKIEM/OSOBĄ ZALEŻNĄ**

|  |  |
| --- | --- |
| **NUMER PROJEKTU** | RPPK.07.01.00-18-0026/18 |
| **TYTUŁ PROJEKTU** | HOBBY TWOJĄ PRACĄ. KOMPLEKSOWE WSPARCIE OSÓB 30+ ZAMIESZKUJĄCYCH WOJEWÓDZTWO PODKARPACKIE |

|  |  |
| --- | --- |
| **DANE UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI PROJEKTU** | |
| **IMIĘ I NAZWISKO** |  |
| **ADRES ZAMIESZKANIA** |  |

Na podstawie Regulaminu zwrotu kosztów opieki nad dzieckiem lub osobą zależną, zwracam się z prośbą o zwrot poniesionych przeze mnie kosztów opieki nad:

1. **dzieckiem/dziećmi tj.**

imię i nazwisko ……………………………………….…………..……… data urodzenia …………….................................

imię i nazwisko ……………………………………….………………..… data urodzenia …………….................................

imię i nazwisko ……………………………………….…………..……… data urodzenia …………….................................

Oświadczam, że pozostaje z ww. dzieckiem/dziećmi we wspólnym gospodarstwie domowym.

**……………………………………………………..**

**Podpis Uczestnika/Uczestniczki Projektu**

1. **osobą zależną**[[1]](#footnote-1)

Imię i Nazwisko ………………………………………………………….…………

Data urodzenia ………………………………………………………….…………

Stopień pokrewieństwa / powinowactwa ………………………………………………………….…………

Adres zamieszkania ………………………………………………………….…………

Oświadczam, że z ww. osobą zależną łączą mnie więzy rodzinne lub powinowactwo/fakt pozostawania z osobą zależną we wspólnym gospodarstwie domowym (proszę podkreślić właściwe).

**……………………………………………………..**

**Podpis Uczestnika/Uczestniczki Projektu**

Za okres od …………..….. do ………..……… z tytułu opieki poniosłem/-am koszty w łącznej wysokości ................................. zł.

Oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a, iż zwrot ww. kosztów nastąpi na zasadach określonych w powoływanych powyżej przepisach, po dostarczeniu rozliczenia faktycznie poniesionych kosztów za okres jaki składany jest wniosek, jednak nie wcześniej niż od daty złożenia wniosku.

Przyznaną kwotę środków proszę przekazać na rachunek bankowy o numerze:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwa banku: …………………………………………………………………………………………

Oświadczam, że jestem właścicielem/współwłaścicielem ww. rachunku bankowego.

**Oświadczam, że:**

1. Sprawuję opiekę nad dzieckiem /dziećmi do lat 7 lub opiekę nad osobą zależną.
2. Nie mam możliwości zapewnienia bezpłatnej opieki nad dzieckiem/dziećmi lub osobą zależną na czas mojego udziału w Projekcie.
3. Zapoznałem/-am się z zasadami przyznawania i wypłaty refundacji kosztów opieki nad dzieckiem lub osobą zależną oraz zapoznałem/-am się i akceptuje warunki *Regulaminu* *zwrotu kosztów opieki nad dzieckiem lub* *osobą zależną* i biorę pełną odpowiedzialność za wybór Instytucji uprawnionej do sprawowania opieki nad osobami zależnymi lub/i Opiekuna/Opiekunki, który/-a sprawował/-a będzie opiekę nad dzieckiem lub osobą zależną w okresie mojego uczestnictwa w Projekcie.
4. Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku przerwania przeze mnie udziału w Projekcie, zaprzestania sprawowania opieki nad dzieckiem lub osobą zależną, refundacja kosztów opieki nad dzieckiem lub nad osobą zależną **nie będzie mi przysługiwała**.
5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie zawartych w niniejszym wniosku danych osobowych na potrzeby realizacji wnioskowanej refundacji kosztów opieki nad dzieckiem lub osobą zależną, z zachowaniem zasad określonych w Rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.Urz.UE.L.119.1), dalej „RODO”)

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

**………………………….. ……………………………………………………..**

**Miejscowość, data Podpis Uczestnika/Uczestniczki Projektu**

1. Osoba zależna oznacza osobę wymagającą ze względu na stan zdrowia lub wiek stałej opieki, połączoną więzami rodzinnymi lub powinowactwem z wnioskodawcą lub pozostającą z nią we wspólnym gospodarstwie domowym. [↑](#footnote-ref-1)