



Projekt pod nazwą: „**Szansa na nowy start**” realizowany w ramach Osi priorytetowej 6 Fundusze europejskie dla Wielkopolski o silniejszym wymiarze społecznym (EFS+), Działanie 6.10 Aktywna integracja, **Programu Regionalnego Fundusze Europejskie dla Wielkopolski 2021 – 2027**, nr **FEWP.06.10-IP.01-0031/25**

miejsowość, data

nazwisko i imię

adres zamieszkania

PESEL:

Wniosek o zwrot kosztów opieki nad osobą zależną/dzieckiem

Ja niżej podpisana wnioskuję o dokonanie refundacji
ponoszonych przeze mnie kosztów opieki:

1. imię i nazwisko data ur.
2. imię i nazwisko data ur.
3. imię i nazwisko data ur.

za okres od do

Nadmieniam, że w poniższych dniach uczestniczyłam/em w realizowanej formie wsparcia:

od do tytuł wsparcia

od do tytuł wsparcia

w ramach projektu pn.: **„Szansa na nowy start”**

Za łączny okres uczestnictwa w przewidzianych w projekcie formach wsparcia tj. od do r. z tytułu opieki poniosłam koszty w łącznej wysokościzł.

Jednocześnie oświadczam, że: nadal jestem osobą bezrobotną / bierną zawodową*

Należną kwotę zwrotu kosztów:

1. Proszę przekazać na mój rachunek bankowy:

[illegible]

Załączniki*:

1. Rachunek/faktura/zaświadczenie, potwierdzające wysokość poniesionych kosztów z tytułu opieki nad osobą zależną/ dzieckiem/dziećmi.

* Niepotrzebne skreśli

data i czytelny podpis



Fundusze Europejskie
dla Wielkopolski

Dofinansowane przez
Unię Europejską



SAMORZĄD
WOJEWÓDZTWA
WIELKOPOLSKIEGO

Wypełnia Projektodawca

Osoba wnioskująca uczestniczyła w w/w wsparciu dni. (Dane na podstawie listy obecności na zajęciach) i przedstawiła do wglądu wymagane dokumenty:

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

Refundacji podlega kwota: zł z tytułu opieki nad dzieckiem/osobą zależną.

Ogółem do zwrotu zł (słownie:
.....).

.....
data

Sporządził
podpis pracownika, osoby uprawnionej ze strony Projektodawcy