Załącznik nr 9 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa

**Wniosek o zwrot kosztów opieki nad dzieckiem do lat 7/ osobami potrzebującymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu**

w Projekcie pn. „Smart Senior”,  
w projekcie „Szansa – nowe możliwości dla dorosłych”

realizowanego w ramach Osi Priorytetowej IV. Innowacje społeczne i współpraca ponadnarodowa, Działania 4.1 Innowacje społeczne Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

………………………………………………………….

Miejscowość, data

Imię i nazwisko uczestnika: …………………………………………………………………………………………………

Zwracam się z prośbą o zwrot kosztów opieki nad dzieckiem do lat 7/ osobami potrzebującymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w ramach testowania modelu wsparcia „Smart Senior”.

Oświadczam, że w dniach:

* …………………………………………………. Uczestniczyłem/am w szkoleniu z obsługi smartfona (łącznie: …….. godzin)
* ………………………………………………… Uczestniczyłem/am w warsztatach kompetencji społecznych (łącznie: …….. godzin)
* …………………………………………………. Uczestniczyłem/am w wyjściach kulturalnych   
  (łącznie: …….. godzin)

w związku z tym poniosłem/am koszty opieki nad dzieckiem do lat 7/ osobami potrzebującymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu \*:

1. ……………………………………………………………………………………………………………………………………

(imię i nazwisko dziecka/ os. zależnej) (data urodzenia) (PESEL dziecka/ os. zależnej)

1. ……………………………………………………………………………………………………………………………………

(imię i nazwisko dziecka/ os. zależnej) (data urodzenia) (PESEL dziecka/ os. zależnej)

1. ……………………………………………………………………………………………………………………………………

(nazwa placówki/ nazwisko osoby sprawującej opiekę)

1. ……………………………………………………………………………………………………………………………………  
   (koszt)

Wnoszę o zwrot poniesionych przeze mnie kosztów opieki nad dzieckiem do lat 7/ osobami potrzebującymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu. Kwotę zwrotu proszę przekazać na rachunek bankowy:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

(Nazwa i oddział banku)

*(proszę wpisać w tabelę nr konta – każda cyfra w osobnej kratce)*

**Kwota do wypłaty (wypełnia pracownik Biura):**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | x |  | = |  |
| Liczba godzin |  | Stawka godzinowa |  | Suma do wypłaty |

……………………………………………………………..

(podpis Koordynatora Projektu)

Kwota zatwierdzona do wypłaty w m-cu……………………………………………………………wynosi ……………… ……………………………………………………………

……………………………………………………………..

(podpis osoby ds. księgowych)

**Załączniki:**

Umowa ze żłobkiem lub przedszkolem lub inną instytucją uprawnioną do sprawowania opieki nad dzieckiem (do wglądu)

Umowa cywilnoprawna z osobą fizyczną sprawującą opiekę (z wyłączeniem osób blisko spokrewnionych z UP oraz jego dzieckiem/osobą zależną) - kserokopia

Dokument potwierdzający poniesiony koszt np. faktura lub rachunek z instytucji opiekuńczej, rachunek do umowy cywilnoprawnej. **Dokument musi zawierać informację, że opieka trwała w datach i godzinach, w których Uczestnik korzystał ze wsparcia w ramach Testowania modelu wsparcia -** kserokopia

Potwierdzenie dokonania zapłaty przez Uczestnika wynagrodzenia opiekunowi/ce za dany okres opieki

Potwierdzenie dokonania zapłaty za pobyt dziecka/osoby zależnej w instytucji opiekuńczej;

**Kserokopie należy potwierdzić za zgodność z oryginałem („Potwierdzam za zgodność z oryginałem imię i nazwisko Uczestnika Projektu”)**

………………………………………………………………………………….

podpis Uczestnika Testowania modelu wsparcia