Załącznik nr 9 do Umowy trójstronnej o staż

**WNIOSEK O ZWROT KOSZTÓW OPIEKI NAD DZIECKIEM DO LAT 7/ OSOBAMI POTRZEBUJĄCYMI WSPARCIA W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU**

do Projektu pn. „Opolskie staże z PO WERem”realizowanego przez Wojewódzki Urząd Pracy w Opolu w ramach Priorytetu I *Rynek pracy otwarty dla wszystkich*Działanie 1.2 *Wsparcie osób młodych na regionalnym rynku pracy* Poddziałanie 1.2.1 *Wsparcie udzielane z Europejskiego Funduszu Społecznego*Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014 - 2020

………………………………………………………….

Miejscowość, data

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

Nr PESEL uczestnika:…………………………………………………………………………………………………………………………..

Zwracam się z prośbą o zwrot kosztów opieki nad dzieckiem do lat 7/ osobami potrzebującymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w ramach Projektu.

Oświadczam, że w miesiącu …………………………………………………. uczestniczyłem/am w stażu[[1]](#footnote-1), w związku z tym poniosłem/am koszty opieki nad dzieckiem do lat 7/ osobami potrzebującymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu \*:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko dziecka/ os. potrzebującej wsparcia** | **Data urodzenia** | **PESEL dziecka/os. potrzebującej wsparcia** | **Nazwa placówki/ nazwisko osoby sprawującej opiekę** | **koszt** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  | **SUMA:** | ………………...PLN |

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)*

………………………………………………………..

Podpis Uczestnika

1. Faktyczna liczba godzin, za jaką przysługuje zwrot kosztów opieki będzie weryfikowana na podstawie listy obecności na stażu. [↑](#footnote-ref-1)