



Załącznik nr 2

..... dnia.....20.....r.

**WNIOSEK O ROZLICZENIE I ZWROT KOSZTÓW OPIEKI NAD DZIECKIEM DO LAT 7
LUB OSOBĄ ZALEŻNĄ
w ramach projektu „Obierz kierunek na zatrudnienie”**

Imię i nazwisko Uczestnika /czki Projektu	
Miejsce zamieszkania	
Rodzaj wsparcia:	<input type="checkbox"/> IPD <input type="checkbox"/> Pośrednictwo Pracy <input type="checkbox"/> Poradnictwo zawodowe <input type="checkbox"/> Poradnictwo Psychologiczne <input type="checkbox"/> Szkolenie zawodowe <input type="checkbox"/> Staż zawodowy <input type="checkbox"/>
Miejsce odbywania wsparcia (adres)	
Termin wsparcia ¹	
<p>Refundacja kosztów opieki nad dzieckiem do lat 7 lub nad osobą zależną- jest dokonywana wyłącznie w przypadku zidentyfikowanych potrzeb Uczestnika/czki Projektu.</p> <p>Proszę umotywować swój wniosek o refundację.</p>	

¹ Przykładowe opisy Terminów wsparcia:

dla szkolenia zawodowego, np.: od 03.09.2021 do 17.09.2021 – 11 dni obecnych na szkoleniu

dla staży; np.: od 01 do 31 września 2021; 20 dni obecnych na stażu



Załączniki, np.:	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> oświadczenie z OPS <input type="checkbox"/> akt urodzenia lub inne potwierdzenie posiadania dziecka <input type="checkbox"/> zaświadczenie o dochodach <input type="checkbox"/> faktura/ rachunek ze żłobka/ przedszkola <input type="checkbox"/> umowa z Opiekunką <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Nr konta do wypłaty	
Czytelny podpis Uczestnika/ czki Projektu	

UWAGA:

Warunki refundacji kosztów opieki określa Regulamin Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie.

Jeden wniosek może dotyczyć refundacji kosztów opieki z jednego wsparcia (zatem należy złożyć 2 wnioski- odrębnie dla szkolenia i dla stażu)

Złożenie wniosku nie jest równoznaczne z tym, że zostanie on zaakceptowany, a środki zostaną zrefundowane.

Refundacja kosztów opieki dotyczy wyłącznie dni obecnych na wsparciu- zatem refundacja może nie obejmować całej faktury za pełny miesiąc ze żłobka/przedszkola- lecz będzie proporcjonalna do liczby dni obecnych na wsparciu.

**DECYZJA BENEFICJENTA
NA WNIOSEK UCZESTNIKA/CZKI O ROZLICZENIE I ZWROT KOSZTÓW OPIEKI**

- Zatwierdzam do zapłaty.
- Nie zatwierdzam do zapłaty.

Do wypłaty kwota:

(słownie.....)

Uzasadnienie decyzji:

.....
.....

.....
Pieczęć i podpis Beneficjenta