

WYPEŁNIA BENEFICJENT		
Miesiąc (okres) za jaki przysługuje zwrot		
Dowód poniesienia wydatku	TAK	NIE
Faktura		
Rachunek		
Inny dokument księgowy o równoważnej wartości dowodowej		
Umowa cywilno-prawna z opiekunem		
Potwierdzenie zapłaty		
Liczba dni kwalifikowanych do zwrotu kosztów ³		
Kwota kosztów kwalifikowanych		
Łączna suma kosztów kwalifikowanych do zwrotu:		
Uwagi		

.....
Data

.....
Podpis i pieczęć Beneficjenta

³ Na podstawie list obecności