

Załącznik nr 9 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

„Inkubator sukcesu – przedsiębiorczość na terenie ROF”

współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, realizowanym przez ISOFT Grzegorz Lasek, ul. Piwonii 12, 35-604 Rzeszów, na podstawie Umowy o dofinansowanie projektu nr RPPK.07.07.00-18-0003/20-00, zawartej z Wojewódzkim Urzędem Pracy w Rzeszowie w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego Osi Priorytetowej VII Regionalny rynek pracy, Działania 7.7 - Wsparcie rozwoju przedsiębiorczości - Zintegrowane Inwestycje Terytorialne

WNIOSEK O ZWROT KOSZTÓW OPIEKI NAD DZIECKIEM/DZIEĆMI¹ LUB OSOBĄ ZALEŻNĄ² podczas szkolenia z przedsiębiorczości

WYPEŁNIA UCZESTNIK/-CZKA	
Imię i Nazwisko Wnioskodawcy	
Adres zamieszkania	

Na podstawie §9 Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Inkubator sukcesu – przedsiębiorczość na terenie ROF”, zwracam się z prośbą o dokonanie zwrotu poniesionych przeze mnie kosztów opieki nad moim dzieckiem/moimi dziećmi/osobą zależną.

Dane osoby, której dotyczy refundacja kosztów (dziecka/dzieci/osoby zależnej)		
1	Imię i nazwisko	
	Data urodzenia	
	Stopień pokrewieństwa	
2	Imię i nazwisko	
	Data urodzenia	
	Stopień pokrewieństwa	

Nr rachunku bankowego:

--	--	--	--	--	--	--

Nazwa banku:

Oświadczam, że jestem właścicielem/współwłaścicielem w/w rachunku.

data wpływu i podpis osoby przyjmującej wniosek	podpis Uczestnika/-czki Projektu
---	----------------------------------

¹ Dziecko – to dziecko do lat 7. Zwrot kosztów następuje na podstawie przedłożonego aktu urodzenia, zaświadczenia o uczęszczaniu dziecka do żłobka, przedszkola lub szkoły.

² Osoba zależna – to osoba wymagająca ze względu na stan zdrowia lub wiek stałej opieki, połączona więzami rodzinnymi lub powinowactwem z uczestnikiem projektu, pozostająca z nim we wspólnym gospodarstwie domowym. Zwrot kosztów następuje po przedłożeniu dokumentów poświadczających stan zdrowia tej osoby np. orzeczenie o niepełnosprawności ze wskazaniem o konieczności zapewnienia stałej opieki.



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:		
<i>Uwagi</i>		

Podpis Beneficjenta	Pieczęć Beneficjenta
---------------------	----------------------

³ Na podstawie list obecności