Załącznik nr 8 do Regulaminu projektu numer FELB.06.12-IZ.00-0001/23 pod tytułem „Twój los w  Twoich rękach – wsparcie społeczne i zawodowe cudzoziemców”, program Fundusze Europejskie dla Lubuskiego 2021-2027, Działanie 6.12 Integracja obywateli państw trzecich

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko Uczestnika Projektu** |  |
| **Adres Uczestnika Projektu** |  |
| **Telefon kontaktowy:** |  |
| **nr ID:** |  |

**Wniosek o refundację kosztów opieki nad dzieckiem i/lub osobą zależną w ramach projektu   
pt. „Twój los w Twoich rękach – wsparcie społeczne i zawodowe**

**cudzoziemców”**

**w ramach Działania 6.12**

**Programu Fundusze Europejskie dla Lubuskiego 2021-2027**

Na podstawie zapisów § 13 Regulaminu Projektu pt. „Twój los w Twoich rękach – wsparcie społeczne i zawodowe cudzoziemców” w ramach Działania 6.12 Integracja obywateli państw trzecich, programu Fundusze Europejskie dla Lubuskiego 2021-2027, wnioskuję o wsparcie towarzyszące - refundację kosztów opieki nad dzieckiem i/lub osobą zależną, poniesionych przeze mnie w związku z udziałem w formie wsparcia ………………………………………. (należy wpisać formę wsparcia).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko dziecka/osoby zależnej** |  | |
| **Rok urodzenia dziecka/osoby zależnej** |  | |
| **Stopień zależności/powinowactwa z Uczestnikiem Projektu** |  | |
| **Opiekun/instytucja sprawująca opiekę nad dzieckiem/osobą zależną[[1]](#footnote-1)** |  | |
| **Koszt opieki nad dzieckiem/osobą zależną** | **……………………………………….**  **kwota za godzinę** | **……………………………………….**  **kwota ogółem** |

TERMINY ŚWIADCZENIA OPIEKI:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **TERMINY OPIEKI** | | | **KOSZT OPIEKI** |
| data | OD GODZINY | DO GODZINY |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **SUMA KOSZTÓW OPIEKI** | | |  |

W związku z powyższym proszę o dokonanie refundacji kosztów opieki w wysokości:

……………………………… zł ,

słownie ……………………………………………………………………………………………………… .

Refundacji proszę dokonać na konto nr:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Oświadczam, że właścicielem powyższego konta:

🞐 jestem ja

🞐 jest …………………………………………………………

(imię i nazwisko)

Oświadczam, że poinformowałem/am właściciela rachunku bankowego o udostępnieniu jego numeru na potrzeby realizacji projektu oraz oświadczam, że właściciel rachunku bankowego wyraził zgodę na udostępnienie lub przetwarzanie danych związanych z tym rachunkiem bankowym na potrzeby realizacji projektu (dotyczy sytuacji, gdy właścicielem rachunku bankowego nie jest uczestnik projektu).

…………………………………………………….

podpis uczestnika projektu

Jednocześnie oświadczam, że:

1. wszystkie informacje w niniejszym wniosku o refundację kosztów opieki nad dzieckiem/osobą zależną są zgodne z prawdą.
2. jestem osobą samotnie sprawującą opiekę nad dzieckiem/osobą zależną lub współmałżonek jest osobą pracującą i nie może sprawować opieki nad dzieckiem lub dorosłą osobą niepełnosprawną w czasie mojego uczestnictwa w Projekcie.
3. dziecko/osoba zależna przebywa wraz ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym.
4. jestem świadomy/ma odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego „Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”.
5. zapoznałem/am się z treścią Regulaminu projektu a w szczególności z § 13 ust. 18, który stanowi: „W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości ze strony uczestnika projektu, które skutkować będą nienależnie pobraną refundacją kosztów opieki nad dzieckiem i/lub osobą zależną, uczestnik projektu zobowiązany jest do zwrotu tych środków wraz z odsetkami ustawowymi w terminie 7 dni kalendarzowych od dnia otrzymania takiej informacji od Beneficjenta”.

…………………………………………………

podpis uczestnika projektu

Załączniki do wniosku:

* kserokopia potwierdzona za zgodność z oryginałem umowy i rachunku lub faktury za opiekę nad dzieckiem/osobą zależną wykonana przez pracownika Beneficjenta (oryginał

dokumentu do wglądu);

* potwierdzenie dokonania płatności za opiekę nad dzieckiem/osobą zależną[[2]](#footnote-2)
* kserokopia potwierdzona za zgodność z oryginałem dokumentów potwierdzających realizację obowiązków formalno-prawnych związanych z zatrudnieniem na umowę cywilnoprawną opiekunki (zgłoszenie do ZUS, US, potwierdzenie odprowadzenia składek ZUS i zaliczki na podatek dochodowy – jeśli dotyczy)
* orzeczenie o niepełnosprawności lub oświadczenie o niepełnosprawności dorosłej osoby zależnej – do wglądu;
* akt urodzenia lub dowód osobisty dziecka – jedynie do wglądu/oświadczenie.

**Część wypełniana przez Beneficjenta projektu**

Przyjmując wniosek, pracownik projektu zweryfikował:

1. Orzeczenie o niepełnosprawności lub oświadczenie o niepełnosprawności dorosłej osoby zależnej (odpowiednią odpowiedź zaznaczyć)

🞐 TAK 🞐 NIE 🞐 NIE DOTYCZY

1. Akt urodzenia lub dowód osobisty dziecka/oświadczenie (odpowiednią odpowiedź zaznaczyć)

🞐 TAK 🞐 NIE 🞐 NIE DOTYCZY

1. Oryginał rachunku lub faktury za opiekę nad dzieckiem/osobą zależną (odpowiednią odpowiedź zaznaczyć)

🞐 TAK 🞐 NIE

1. Oryginał potwierdzenia dokonania płatności za opiekę nad dzieckiem/osobą zależną (odpowiednią odpowiedź zaznaczyć)

🞐 TAK 🞐 NIE

Sprawdzono pod względem merytorycznym

…..……………………………………………………

data, podpis pracownika Beneficjenta projektu

Sprawdzono pod względem formalno-rachunkowym

…………………………………………………………………………

data, podpis pracownika Beneficjenta projektu

1. należy wpisać właściwe [↑](#footnote-ref-1)
2. Potwierdzenie dokonania płatności za opiekę nad dzieckiem/osobą zależną : w przypadku opłaty bezgotówkowej – wyciąg z konta bankowego, w przypadku opłaty gotówką – dowód wpłaty (pokwitowanie) lub potwierdzenie opłaty na fakturze (do zapłaty 0,00 lub „zapłacono” pełną kwotę). Dokument musi potwierdzać płatność za opiekę nad dzieckiem/osobą zależną których dotyczy wniosek o refundację kosztów. [↑](#footnote-ref-2)