



.....  
Imię i nazwisko

.....  
(Miejscowość, data)

.....  
Adres zamieszkania

.....  
Telefon kontaktowy

.....  
Nr PESEL

## WNIOSEK O REFUNDACJĘ KOSZTÓW OPIEKI NAD OSOBĄ ZALEŻNĄ

dotyczy osoby która bierze udział w doradztwie zawodowym, pośrednictwie pracy, szkoleniach zawodowych, stażach zawodowych w związku z udziałem w projekcie

„Młodzi-->aktywni-->zatrudnieni na pomorskim rynku pracy”

nr POWR.01.02.01-22-0025/15

realizowanym w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój

Zgodnie z art. 61 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (j.t. Dz.U z 2016 r. poz. 645), proszę o refundację poniesionych kosztów opieki nad osobą zależną

.....  
( imię, nazwisko, data urodzenia i adres zamieszkania osoby zależnej)

.....  
.....  
w związku z udziałem w doradztwie, pośrednictwie pracy, poradnictwie zawodowym, szkoleniach, stażach zawodowych \*  
od dnia .....do dnia .....\*.

Oświadczam, że zostałem(am) zapoznany(a) z zasadami refundacji poniesionych kosztów.

Do wniosku dołączam:

1. orzeczenie o niepełnosprawności osoby zależnej wraz z dokumentem potwierdzającym stopień pokrewieństwa lub powinowactwa,
2. dokumenty potwierdzające poniesione koszty.

.....  
(data i podpis wnioskodawcy)

\*właściwe podkreślić



(Miejscowość, data)

.....  
**Imię i nazwisko**

.....  
**data urodzenia**

.....  
**adres zamieszkania**

## ROZLICZENIE

### kosztów z tytułu opieki nad osobą zależną

w miesiącu.....20....r.

W miesiącu ..... 20.... r. z tytułu opieki nad osobą zależną (przebywaniem osoby zależnej w zakładzie opiekuńczym, domu pomocy społecznej, zakładzie opiekuńczo-leczniczym) poniosłam(em) koszty zgodnie z przedstawionymi dokumentami w wysokości .....zł.

Koszty do refundacji ..... zł. (zgodnie z Regulaminem rekrutacji i udziału w projekcie).

Jednocześnie oświadczam, że odbywam szkolenia zawodowe, staż zawodowy\*.

Z tytułu powyższej formy aktywizacji w miesiącu ..... 20.... r. osiągnąłem(am) przychód w wysokości

.....

Oświadczam, że jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego, który stanowi „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 do lat 3”.

Należną mi kwotę zwrotu kosztów proszę przekazać na moje konto nr

.....

.....  
**Data i podpis Wnioskodawcy**

\* właściwe podkreślić