



Warszawa, dn. ....

**WNIOSEK**  
**o przyznanie refundacji kosztów opieki nad dzieckiem/dziećmi/osobą zależną**

1. Imię i nazwisko.....
2. Adres zamieszkania .....
3. Nr PESEL .....

Wnioskuję o przyznanie refundacji kosztów opieki nad dzieckiem/dziećmi/osobą zależną:

1. imię i nazwisko .....data ur. ....
2. imię i nazwisko .....data ur. ....
3. imię i nazwisko .....data ur. ....

w dniach:

1. ....(data i godziny)
2. ....(data i godziny)
3. ....(data i godziny)
4. ....(data i godziny)
5. ....(data i godziny)
6. ....(data i godziny)
7. ....(data i godziny)
8. ....(data i godziny)

4. Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o wysokości kwoty dofinansowania do opieki nad dzieckiem/dziećmi/osobą zależną, która wynosi 18 zł brutto za godzinę **z narzutami pracodawcy**.
5. Oświadczam, że jestem rodzicem/opiekunem prawnym ww. dziecka/dzieci/osoby zależnej.
6. Przyjmuję do wiadomości, że zwrot kosztów opieki nad dzieckiem może być przyznany tylko za dni i godziny wsparcia i/lub szkolenia oraz **staż**, w których byłam/łem obecna/y.
7. Przyjmuję do wiadomości, że jako uczestnik projektu „Potencjał jest w nas!” mogę wykorzystać maksymalnie 441 godzin opieki nad dzieckiem/dziećmi/osobą zależną, przy czym liczba godzin nie może przekraczać liczby godzin wsparcia i/lub szkolenia **oraz stażu w danym dniu/ miesiącu**. Do wniosku załączam oryginał lub kopię potwierdzoną za zgodność z oryginałem:
  - umowę z placówką lub zaświadczenie o realizacji opieki nad dzieckiem/dziećmi/osobą zależną,
  - fakturę/rachunek lub inny dowód księgowy potwierdzający wysokość poniesionych kosztów z tytułu opieki

Należną kwotę refundacji kosztów opieki proszę przekazywać na poniższy rachunek bankowy:

.....

-----  
Podpis Uczestnika/Uczestniczki