





2. Z osobą zależną pozostaje (zaznaczyć właściwe):

- w powiązaniu więzami rodzinnymi lub powinowactwem .....  
(stopień pokrewieństwa)
- we wspólnym gospodarstwie domowym

.....  
Podpis Uczestnika/czki Projektu

3. Opiekun sprawujący opiekę nad osobą zależną nie jest ze mną spokrewniony.

(dot. osób wnoszących o zwrot kosztów opieki sprawowanej nad osobą zależną przez opiekuna na podstawie umowy cywilnoprawnej)

.....  
Podpis Uczestnika/czki Projektu

4. Oświadczam, że zapoznałem/am się i akceptuję warunki *Regulaminu zwrotu kosztów opieki nad dziećmi / osobami zależnymi dla Uczestników Projektu „Zawodowo aktywni”* i biorę pełną odpowiedzialność za wybór Instytucji uprawnionej do sprawowania opieki nad osobą zależną lub/i opiekuna, który sprawował opiekę nad osobą zależną w okresie mojego uczestnictwa w Projekcie.

.....  
Podpis Uczestnika/czki Projektu

5. Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w niniejszym wniosku są prawdziwe.

.....  
Podpis Uczestnika/czki Projektu

**Załączniki** (zaznaczyć właściwe):

a. Dokumenty potwierdzające sprawowanie opieki nad osobą zależną:

- oświadczenie osoby sprawującej opiekę nad osobą zależną lub potwierdzona za zgodność z oryginałem kopia decyzji ZUS o stopniu niezdolności do pracy lub orzeczenia o niepełnosprawności osoby zależnej, ze wskazaniem o konieczności zapewnienia stałej opieki,

b. W przypadku zawarcia przez Uczestnika/czkę Projektu umowy cywilnoprawnej z osobą fizyczną sprawującą opiekę nad osobą zależną:

- potwierdzona przez Uczestnika/czkę Projektu za zgodność z oryginałem kopia umowy z opiekunem,  
 potwierdzona przez Uczestnika/czkę za zgodność z oryginałem kopia rachunku za okres sprawowania opieki przez opiekuna,  
 dowód dokonania zapłaty rachunku.

c. W przypadku zlecenia przez Uczestnika/czkę opieki nad osobą zależną uprawnionej instytucji:

- potwierdzona przez Uczestnika/czkę Projektu za zgodność z oryginałem kopia umowy oraz rachunku / faktury za pobyt osoby zależnej w instytucji opiekuńczej za okres udziału Uczestnika/czki w zajęciach w ramach Projektu,  
 dowód zapłaty rachunku / faktury.

d. Inne dokumenty / oświadczenia (o ile okażą się niezbędne) poświadczające konieczność opieki nad osobą zależną:

- .....,  
 .....,  
 .....

.....  
Podpis Uczestnika/czki Projektu