…………., dn. ……………

………………………………….

*Imię i nazwisko Uczestnika Projektu*

………………………………….

*adres zamieszkania*

………………………………….

*nr formularza*

**WNIOSEK O REFUNDACJĘ KOSZTÓW OPIEKI NAD DZIEĆMI LUB OSOBAMI ZALEŻNYMI (SZKOLENIA GRUPOWE)**

Proszę o refundację kosztów opieki nad dzieckiem/osobą zależną\* w czasie **szkoleń grupowych** w projekcie „Innowacyjny biznes II”.
Oświadczam, że w poniższych dniach uczestniczyłem w zajęciach *(zostanie to zweryfikowane poprzez listy obecności)*.

*Proszę podać dni (daty), podczas których sprawowana była opieka nad dzieckiem/osobą zależną w trakcie zajęć w projekcie:*

- -

- -

- -

- - -

Oświadczam, że mam trudną sytuację materialną\*.
Oświadczam, że jestem osobą samotnie wychowującą dziecko/dzieci\*.
Oświadczam, że opiekuję się osobą zależną\*.
Oświadczam, że nie miałam/em możliwości zapewnienia innej bezpłatnej opieki na czas uczestnictwa w bloku szkoleniowym\*.

Do wniosku załączam:
- dokumenty poświadczające posiadanie dziecka lub osoby zależnej,

- dokumenty potwierdzające ponoszone koszty.

Podpis Uczestnika: ………………………………