

....., 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: .....

Projekt „Innowacyjny biznes II” współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny

