................................... dn. ...............................

*(miejscowość)*

**ASESOR EWALUACJA I ROZWÓJ BALCERZAK SŁAWOMIR**

**02-548 Warszawa ul. Grażyny 13/15**

**W N I O S E K**

**O REFUNDACJĘ KOSZTÓW OPIEKI NAD OSOBĄ ZALEŻNĄ**

**DANE WNIOSKODAWCY:**

IMIĘ ............................................................................................................................................

NAZWISKO ...............................................................................................................................

STAN CYWILNY ......................................................................................................................

ADRES .......................................................................................................................................

TELEFON ...................................................................................................................................

PESEL .........................................................................................................................................

DOWÓD OSOBISTY: seria ...................... numer .....................................................................

Numer rachunku bankowego .......................................................................................................

**Zwracam się z prośbą o refundację kosztów opieki nad osobą zależną:**

1) ............................................................................................................................ ur. ……………………………..

*( imię i nazwisko osoby zależnej)*

PESEL: …………………………………………………………………………………………………………..,

ADRES: …………………………………………………………………………………………………………...

w związku z odbywaniem szkolenia zawodowego tytuł………………………………………. od dnia …………………….. do dnia …………………………………………………………

Koszt opieki wynosić będzie …………………………….. zł

..............................................................

*( podpis wnioskodawcy)*

Składając niniejszy wniosek i wszelkie dołączone do niego oświadczenia zostałem pouczony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu Karnego za składanie fałszywych zeznań: „Kto składając zeznania 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”.

**ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:**

1.Zaświadczenie o przebywaniu osoby zależnej w instytucji lub placówce opiekuńczej z zaznaczeniem, od kiedy przebywa w w/w placówce lub kopię umowy cywilnoprawnej zawartej z osobą fizyczną w zakresie sprawowania opieki nad osobą zależną,

2.Kopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności osoby zależnej lub zaświadczenie lekarskie potwierdzające, że osoba zależna wymaga ze względu na stan zdrowia lub wiek stałej opieki,

3.Oświadczenie o stopniu pokrewieństwa lub powinowactwa wnioskodawcy z osobą zależną,

4.Oświadczenie wnioskodawcy

**ADNOTACJE KIEROWNIKA PROJEKTU „NOWY ZAWÓD NOWE SZANSE”:**

Pan/ Pani ......................................................................................................................................

jest/ była\* Uczestnikiem/czką szkolenia zawodowego pt od dnia .............................................................. do dnia ..............................................................

**Wnioskodawca spełnia warunki/ nie spełnia warunków\* do uzyskania refundacji.**

Zał. Lista obecności ze szkolenia

..........................................................

*(data i podpis)*