



Nr .....

Załącznik nr 2 do Umowy o finansowania usług opieki nad dzieckiem do lat 3

w ramach projektu „Aktywny opiekun Monasti – II edycja”

.....

imię i nazwisko uczestnika projektu

.....

.....

adres zamieszkania

.....

nr telefonu / e-mail

**WNIOSEK O REFUNDACJĘ KOSZTÓW BIEŻĄCEJ OPIEKI NAD DZIECKIEM DO LAT 3**

**W RAMACH PROJEKTU „Aktywny opiekun Monasti – II edycja”**

**Nr RPKP.08.04.01-04-0053/17**

Zwracam się z prośbą o refundację kosztów bieżącej opieki nad dzieckiem:

DANE <b>DZIECKA</b> , NA KTÓRE WNIOSKOWANA JEST REFUNDACJA	
IMIĘ I NAZWISKO	
DATA URODZENIA	
PESEL	
WSKAZANIE STOPNIA POWINOWACTWA LUB FORMY OPIEKI PRAWNEJ	

poniesionych przeze mnie w okresie mojego uczestnictwa w projekcie „Aktywny opiekun Monasti – II edycja ” w miesiącu: ..... roku.

Koszt opieki nad dzieckiem wynosił w ww. okresie ..... zł.

(słownie: .....)

Wypłatę refundacji proszę dokonać w formie przelewu na konto bankowe nr (nazwa i nr rachunku):

.....



Jednocześnie oświadczam, że<sup>1</sup>:

- zapoznałam się i akceptuję postanowienia **Regulaminu finansowania** usług opieki nad dzieckiem do lat 3 w ramach projektu „Aktywny opiekun Monasti – II edycja”,
- zapewniona została opieka pozostałym dzieciom, nad którymi sprawuję opiekę (jeśli dotyczy),
- wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celu realizacji projektu „Aktywny opiekun Monasti – II edycja”,
- koszt usługi opieki nad dzieckiem, który ma zostać pokryty w projekcie, nie stanowi kosztów finansowanych w ramach innych projektów współfinansowanych ze środków publicznych (realizowanych w tym samym okresie),
- znana jest mi sytuacja, w której nastąpi utrata prawa do refundacji/ przerwanie udziału w projekcie (np. utrata prawa do opieki nad dziećmi do lat 3). Jednocześnie zobowiązuje się do powiadomienia w ciągu 3 dni roboczych Operatora projektu o zaistnieniu danej sytuacji, jeżeli takowa wystąpi.
- potwierdzam, iż wszystkie dane zawarte w niniejszym wniosku są prawdziwe,
- deklaruję uczestnictwo w projekcie „„Aktywny opiekun Monasti – II edycja”, zgodnie z zawartą umową.

.....

data i podpis Uczestnika projektu

Załączniki do wniosku:

1. Kopia dowodu zapłaty za opiekę nad dzieckiem za miesiąc, za który wnioskowana jest refundacja

Decyzja dotycząca przyznania prawa do refundacji kosztów opieki nad dzieckiem /wypełnia Operator projektu/	
Wyrażam zgodę na refundację kosztów opieki nad dzieckiem za miesiąc, za który wnioskowana jest refundacja (VOUCHER)	Nie wyrażam zgody na refundację kosztów opieki nad dzieckiem za miesiąc, za który wnioskowana jest refundacja
	Uzasadnienie: .....
	.....
	.....
..... data i podpis osoby upoważnionej	..... data i podpis osoby upoważnionej

<sup>1</sup> Prosimy zaznaczyć „x” w wybranej rubryce



**Fundusze Europejskie**  
Program Regionalny



Województwo  
Kujawsko-Pomorskie

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny

