

Łódź, dn.

.....
Imię i nazwisko Uczestnika Projektu

.....
adres zamieszkania

.....
nr formularza

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

Proszę o refundację kosztów opieki nad dzieckiem/osobą zależną* w czasie **szkoleń** w ramach bloku szkoleniowo-doradczego w projekcie „Innowacyjny biznes”.

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 szkoleniowo-doradczym.

Do wniosku załączam:

- dokumenty poświadczające posiadanie dziecka lub osoby zależnej,
- dokumenty potwierdzające ponoszone koszty.

Podpis Uczestnika:

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



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny

