# Łódź, dn. .............................

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

( Nazwisko i imię )

# ............................................................

( Adres zamieszkania )

PESEL: …………………………………………….

**Wniosek o zwrot kosztów opieki nad dziećmi/  
osobą zależną**

Ja niżej podpisana ……………………………………… **wnioskuję o dokonanie refundacji ponoszonych przeze mnie kosztów opieki nad dzieckiem/dziećmi/osobą zależną**

imię i nazwisko ……………………………………….……………………..……… data ur. …………….................................

imię i nazwisko ……………………………………….……………………..……… data ur. …………….................................

imię i nazwisko ……………………………………….……………………..……… data ur. ……………................................. za okres od ………………….…....... do ……………………....……

Nadmieniam, że podjęłam z dniem ..................................................... **szkolenie** **„Niezbędnik przedsiębiorcy”/doradztwo indywidualne \*** w ramach projektu: **„Startuj z biznesem”.**

Za okres od ……………………….. do …………………….………r. z tytułu opieki nad dzieckiem/osobą zależną poniosłam koszty w łącznej wysokości ........................................... zł.

**Należną kwotę zwrotu kosztów:**

Proszę przekazać na rachunek bankowy:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **-** |  |  |  |  | **-** |  |  |  |  | **-** |  |  |  |  | **-** |  |  |  |  | **-** |  |  |  |  | **-** |  |  |  |  |

**Dane właściciela konta:**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Załączniki\*:**

1. Akt urodzenia dziecka/dzieci.
2. Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności dziecka lub dzieci, w przypadku posiadania dziecka lub dzieci niepełnosprawnych do 18 roku życia.
3. Orzeczenie o niepełnosprawności oraz dokument potwierdzający stopień pokrewieństwa lub powinowactwa, w przypadku opieki nad osobą zależną.
4. Rachunek/faktura/zaświadczenie, nota obciążeniowa potwierdzające wysokość poniesionych kosztów z tytułu opieki nad dzieckiem/dziećmi .

…………………………………………………………………..

*Data i podpis Uczestnika Projektu*

***\* Niepotrzebne skreślić***

*Załącznik nr 1*

**ZWROT KOSZTÓW OPIEKI NAD DZIECKIEM/ OSOBĄ ZALEŻNĄ – ZASADY PRZYZNAWANIA**

## Osoby uprawnione do ubiegania się o refundację kosztów opieki nad dzieckiem/dziećmi lub osobą zależną.

* 1. O przyznanie refundacji kosztów opieki nad dzieckiem lub dziećmi/osobą zależną może ubiegać się osoba bezrobotna. **Osobą zależną** jest osoba wymagająca ze względu na stan zdrowia lub wiek stałej opieki, połączona więzami rodzinnymi lub powinowactwem z osobą objętą usługami lub instrumentami rynku pracy lub pozostającą z nią we wspólnym gospodarstwie domowym.

## Postępowanie przy ubieganiu się o refundację kosztów opieki nad dzieckiem do roku życia lub osoba zależną.

* 1. Osoba, o której mowa w pkt.1 składa stosowny wniosek wraz z załącznikami: akt urodzenia dziecka lub dzieci, orzeczenie o stopniu niepełnosprawności dziecka lub dzieci, w przypadku posiadania dziecka lub dzieci niepełnosprawnych do 18 roku życia, orzeczenie

o niepełnosprawności oraz dokument potwierdzający stopień pokrewieństwa lub powinowactwa, w przypadku opieki nad osobą zależną.

* 1. Wniosek o refundację poniesionych kosztów opieki nad dzieckiem/dziećmi lub osobą zależną należy złożyć w terminie 7 dni od dnia zakończenia szkolenia.
  2. Rozpatrywane będą tylko wnioski zawierające komplet dokumentów wskazanych w pkt. 2.
  3. Refundacja kosztów opieki nad dzieckiem/dziećmi lub osobą zależną uzależniona jest od posiadanego limitu środków w Projekcie: „Startuj z biznesem” przeznaczonych na ten cel.
  4. Kwota opieki nad dzieckiem/dziećmi/osobą zależną/osobami zależnymi wynosi:

1. **do 14 zł brutto** za godzinę sprawowania opieki nad dzieckiem/dziećmi/osobą zależną/osobami zależnymi **na czas trwania szkolenia: „Niezbędnik przedsiębiorcy”**
2. **do 14 zł brutto** za godzinę sprawowania opieki nad dzieckiem/dziećmi/osobą zależną/osobami zależnymi **na czas trwania doradztwa indywidualnego,**

zgodnie z zatwierdzonym wnioskiem o dofinansowanie projektu oraz wg. zatwierdzonych przez Koordynatora projektu list obecności Zleceniodawcy podczas szkolenia i indywidualnego doradztwa.

* 1. Po pozytywnym rozpatrzeniu wniosku o refundację kosztów opieki nad dzieckiem/dziećmi lub osobą zależną, Projektodawca wypłaca środki na wskazany numer konta bankowego Wnioskodawcy w terminie do 14 dni.

## Warunki refundacji kosztów opieki nad dzieckiem/dziećmi lub osobą zależną.

* 1. **Projektodawca refunduje koszty opieki nad dzieckiem/dziećmi lub osobą zależną pod**

**warunkiem poniesienia tych kosztów oraz udokumentowania ich poniesienia (np. rachunki za przedszkole, umowy cywilno-prawne zawarte z osobami fizycznymi sprawującymi**

**opiekę nad dzieckiem wraz z dokumentem potwierdzającym odprowadzenie odpowiednich**

**składek i opłat (z wyłączeniem osób bliskich np. babcia, dziadek, ciocia itp.), rachunki z instytucjami opiekującymi się dzieckiem).**

* 1. Refundacja przysługuje w wysokości nie wyższej niż połowa zasiłku, o którym mowa w art. 72 ust. 1 pkt 1 ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, na każde dziecko lub osobę zależną, na opiekę, którego poniesiono koszty.
  2. Refundacja nie przysługuje za dni nieusprawiedliwionej nieobecności na szkoleniu/doradztwie oraz w przypadku przerwania udziału w projekcie.