



Załącznik nr 2 do Zasad refundacji kosztów opieki nad dzieckiem i/lub osobą zależną

Sosnowiec, dnia.....

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(nr telefonu)

Miesięczne rozliczenie kosztów opieki w ramach projektu „Wejźdź do gry, bądź aktywny zawodowo” Poddziałanie 7.1.1 RPO WSL 2014-2020

W okresie oddo uczestniczyłam /em w stażu / szkoleniu* zawodowym

i ponosiłam(em) koszty związane z opieką nad
(imię i nazwisko dziecka/osoby zależnej)

przez/w:

.....
.....
(nazwa placówki, miejsce świadczenia opieki, w przypadku niani imię i nazwisko, adres zam, PESEL)

Za wskazany okres opieki ponosiłam/em koszty w wysokości:

Wyczenie wysokości refundacji (max. 1 000, 00 zł/m-c) o ile dotyczy

W związku z powyższym wnoszę o refundację kosztów w kwocie

Kwotę refundacji proszę przekazać na konto wskazane we wniosku o refundację.

Do niniejszego rozliczenia załączam niezbędne dokumenty zgodnie z pkt. II.3 Zasad refundacji.

Składając niniejsze rozliczenie zostałam(em) pouczone(y) o odpowiedzialności za szkodę spowodowaną fałszywymi informacjami.

Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Beneficjenta o wszelkich zmianach danych zawartych w miesięcznym rozliczeniu i wniosku o refundację.

.....
(podpis Uczestnika)

*) niepotrzebne skreślić