



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

.....
(imię i nazwisko)

Sosnowiec, dn.

.....
(adres zamieszkania)

.....
(PESEL)

.....
(nr telefonu)

**Powiatowy Urząd Pracy
w Sosnowcu
ul. Rzeźnicza 12
41-200 Sosnowiec**

Miesięczne rozliczenie kosztów opieki w ramach projektu „Inwestycja w siebie” – Poddziałanie 7.1.3 RPO WSL 2014-2020

W miesiącu uczestniczyłem(am) w stażu / szkoleniu* zawodowym
(należy wpisać rozliczany miesiąc)

i ponosiłem(am) koszty związane z opieką nad:
(imię i nazwisko)

Świadczoną przez:
(nazwa placówki lub adnotacja, że opieka wynika z umowy cywilnoprawnej, miejsce świadczenia opieki)

W związku z powyższym wnoszę o zwrot kosztów przedmiotowej opieki w kwocie zgodnej z niniejszą kalkulacją:

..... x 18,00 zł =
(liczba dni) (stawka dzienna) (kwota 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 we wniosku.

.....
(podpis Uczestnika/czki projektu)

Do rozliczenia załączam oryginały potwierdzeń płatności dotyczące kosztów opieki.