Załącznik nr 1 do Regulaminu zwrotu kosztów opieki nad osobą zależną

**WNIOSEK O DOFINANSOWANIE KOSZTÓW OPIEKI NAD OSOBĄ ZALEŻNĄ**

w ramach projektu

„Zrozumienie, komunikacja, wsparcie – szkolenia dla otoczenia osób   
 z niepełnosprawnością”

Ja niżej podpisany/podpisana ………………………………………………………………………,

(imię i nazwisko Uczestnika/Uczestniczki projektu)

zamieszkały/zamieszkała …………………………………………………………………………….,

(adres zamieszkania Uczestnika/Uczestniczki projektu)

nr PESEL ……………………………………………..…., zwracam się z prośbą o zwrot kosztów

opieki nad osobą zależną: ........................................................................................................   
 (imię i nazwisko niepełnosprawnej osoby zależnej)

podczas mojej obecności na szkoleniu ………………………………………………...……………

(tytuł szkolenia)

w dniu ………………………………. r. w ……………………………………………………………..

(miejsce realizacji szkolenia)

Jednocześnie oświadczam, że:

🞎 nie mam możliwości zapewnienia innej opieki nad osobą zależną w czasie mojego uczestnictwa w projekcie;

🞎 z wyżej wskazaną niepełnosprawną osobą zależną pozostaję we wspólnym gospodarstwie domowym;

🞎 zapoznałem/zapoznałam się z treścią REGULAMINU DOFINANSOWANIA KOSZTÓW OPIEKI NAD OSOBĄ ZALEŻNĄ W RAMACH PROJEKTU „ZROZUMIENIE, KOMUNIKACJA, WSPARCIE – SZKOLENIA DLA OTOCZENIA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ” i akceptuję jego warunki.

……………………………………………………...

(czytelny podpis Uczestnika/Uczestniczki Projektu)

Załączniki:

* Umowa cywilnoprawna z uprawnionym opiekunem/organizacją;
* Potwierdzenie zapłaty za opiekę (potwierdzenie przelewu);
* Inne (jakie?) …………………………………………………………………………………………

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

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