Załącznik nr 6

**WNIOSEK O** **PRZYZNANIE OPIEKI NAD DZIECKIEM/OSOBĄ ZALEŻNĄ**

w ramach projektu *„SZOWES - OWES w regionie stargardzkim/ szczecineckim/ koszalińskim/szczecińskim*\*”

współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego oraz z budżetu państwa

w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2014-2020

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko**  **Uczestnika/Uczestniczki Projektu** |  |
| **Adres zamieszkania** |  |
| **Rodzaj wsparcia** (np. doradztwo, nazwa szkolenia) |  |

Ja niżej podpisana/y oświadczam, że w związku z uczestnictwem w Projekcie muszę zapewnić opiekę nad osobą zależną (w tym dziecko do lat 7), tj. nad: (imię i nazwisko) ……………………………………………, stopień pokrewieństwa ………………………………………………….

Forma zapewnienia opieki nad dzieckiem/osobą zależną zostanie ustalona indywidualnie w oparciu   
o niniejszy wniosek w terminach umożliwiających udział we wsparciu.

Oświadczam, że jestem osobą która nie ma innej możliwości zapewnienia opieki nad dzieckiem/ osobą zależną a w czasie udziału we wsparciu nie korzystałam/em z innych form dotacji związanych   
z częściową bądź całkowitą refundacją koszów opieki na dzieckiem/osobą zależną.

Zostałem/łam uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań zgodnie z art. 233 §1 Kodeksu karnego, który brzmi: „Kto składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3” oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.

W przypadku ustalenia zwrotu w postaci refundacji poniesionych wydatków proszę o przelanie ustalonej wartości na konto nr ……………………………………………………………., którego jestem właścicielem /współwłaścicielem\*.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| (miejscowość, data) | (podpis osoby ubiegającej się o zwrot) |

*\* niewłaściwe skreślić*

|  |  |
| --- | --- |
| **Wypełnia pracownik OWES w danym subregionie w oparciu o indywidualny wywiad z Uczestnikiem/Uczestniczką Projektu.** | |
| **Ustalona forma wsparcia w zakresie opieki nad dzieckiem/ osobą zależną (np. refundacja, opieka w miejscu wsparcia itp.)** |  |
| **Ustalona metodologia naliczenia wartości wsparcia (np. ilość godzin, stawka za jedną godzinę itp.)** |  |
| **Naliczona wartość wsparcia (dotyczy jedynie formy refundacji)** |  |
| **Data i podpis osoby odpowiedzialnej za weryfikację (personel OWES w subregionie)** |  |

Realizatorzy Projektu zastrzegają sobie możliwość dostarczenia lub okazania do wglądu dokumentów na podstawie których ustalona zostanie forma wsparcia w postaci opieki nad dzieckiem/ osobą zależną. W przypadku nie przedłożenia w/w dokumentów Realizatorzy Projektu mogą odmówić udzielenia wsparcia.

Zwrot kosztów opieki nie przysługuje uczestnikowi podczas jego nieobecności np. na szkoleniu   
w danym dniu.

Realizatorzy Projektu zastrzegają sobie możliwość wsparcia w postaci organizacji lub zwrotu kosztów opieki dla ograniczonej liczby uczestników projektu, wynikającej z jego zapisów (decyduje kolejność złożenia wniosków).