

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(PESEL)

.....
(nr telefonu)

.....
(miejscowość, data)

Załącznik Nr 5- WNIOSEK
na finansowanie kosztów opieki nad dzieckiem/dziećmi* do 7 roku życia lub osobą zależną
w ramach projektu pilotażowego pn. „Stabilna Praca- Silna rodzina” Elastyczne połączenia

I. Informacje ogólne

- 1.W związku z uczestnictwem w projekcie pn. **„Stabilna praca- silna rodzina” Elastyczne połączenia** zwracam się z prośbą o dokonywanie refundacji kosztów opieki nad dzieckiem/dzieci do lat 7 lub osobą zależną z tytułu uczestnictwa w
- 2.Planowana miesięczna kwota ponoszonych kosztów opieki na dzieckiem/dziećmi lub osobą zależną-zł.

II. Dane dotyczące refundacji

- 1.Wniosuję o przyznanie refundacji faktycznie poniesionych kosztów opieki na dzieckiem/dziećmi w wieku do 7 lat lub osobą zależną za okres od doroku w wysokościzł.
- 2.Należną mi kwotę refundacji w/w kosztów proszę przekazać na moje konto nr:
.....
- 3.Oświadczam, że nie ubiegam się refundację faktycznie poniesionych kosztów opieki na dzieckiem/dziećmi/osobą zależną z innych źródeł.

Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania o wszelkich zmianach danych zawartych we wniosku.

Do wniosku załączam:

- 1.Dowód wpłaty poniesionych kosztów, rachunek, faktura.

.....
(podpis Wnioskodawcy)