**Załącznik nr 8**

Warszawa, dn. ……………

**WNIOSEK o przyznanie refundacji kosztów opieki nad dzieckiem /dziećmi/osobą zależną**

1. Imię i nazwisko Uczestniczki/ka ……….…………………………………………

Wnioskuję o przyznanie refundacji kosztów opieki nad dzieckiem/dziećmi/osobą zależną:

1. imię i nazwisko …………………………………………data ur. ……….…….………
2. imię i nazwisko …………………………………………data ur. ……….…….………
3. imię i nazwisko …………………………………………data ur. ……….…….………

w dniach:

1. …………………………………………………………………………..(data i godziny)

2. …………………………………………………………………………..(data i godziny)

3. …………………………………………………………………………..(data i godziny)

4. …………………………………………………………………………..(data i godziny)

5. …………………………………………………………………………..(data i godziny)

6. …………………………………………………………………………..(data i godziny)

7. …………………………………………………………………………..(data i godziny)

8. …………………………………………………………………………..(data i godziny)

1. Oświadczam, że zostałam poinformowana o wysokości kwoty dofinansowania do opieki nad dzieckiem/dziećmi/osobą zależną, która wynosi 20 zł brutto za godzinę.
2. Oświadczam, że jestem rodzicem/opiekunem prawnym ww. dziecka/dzieci/osoby zależnej.
3. Przyjmuję do wiadomości, że zwrot kosztów opieki nad dzieckiem/dziećmi/osobą zależną może być przyznany tylko za dni i godziny szkolenia , w których byłam/em obecna/y.
4. Przyjmuję do wiadomości, że jako uczestnik projektu „Certyfikowane szkolenia ILM dla mieszkańców Mazowsza” mogę wykorzystać maksymalnie 64 godziny opieki nad dzieckiem/dziećmi/osobą zależną, przy czym liczba godzin nie może przekraczać 8 podczas jednego dnia szkolenia.
5. Do wniosku załączam oryginał/kopię potwierdzoną za zgodność z oryginałem:
* fakturę/rachunek lub inny dowód księgowy potwierdzający wysokość poniesionych kosztów z tytułu opieki

Należną kwotę refundacji kosztów opieki proszę przekazywać na poniższy rachunek bankowy: ……………………………………………………………………………………………………

-------------------------------------------

 Podpis Uczestnika/Uczestniczki