Zał. Nr 1 do Regulaminu

Tarnobrzeg, dnia .....................................

........................................................................

(imię i nazwisko)

........................................................................

(adres zamieszkania)

........................................................................

|  |
| --- |
| **WNIOSEK**  **O ZWROT KOSZTÓW OPIEKI NAD DZIECKIEM DO LAT 7** |

W związku z podjęciem stażu w ramach projektu pn: **„Aktywizacja zawodowa mieszkańców rewitalizowanych obszarów Tarnobrzega, Nowej Dęby, Baranowa Sandomierskiego i Gorzyc”** współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego, Działanie: 7.1 Poprawa sytuacji osób bezrobotnych na rynku pracy – projekty konkursowe. Projekty w ramach dedykowanych konkursów dla beneficjentów realizujących projekty dla ostatecznych odbiorców z terenów MOF: Krosno, Dębica-Ropczyce, Przemyśl, Mielec, Tarnobrzeg, Jarosław-Przeworsk, Sanok-Lesko, Stalowa Wola w zakresie VII osi priorytetowej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata   
2014-2020 – Regionalny rynek pracy

od dnia ................................................................. do dnia ......................................................................

w ……………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………

(pełna *nazwa Organizatora i adres odbywania stażu)*

**oraz w związku z brakiem możliwości zapewnienia innej bezpłatnej opieki dziecku do lat 7 na czas odbywania stażu o którym mowa powyżej**

wnioskuję o zwrot kosztów opieki nad:

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

*(imię i nazwiska dziecka, data urodzenia dziecka, adres zamieszkania)*

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

począwszy od dnia .................................................. do dnia ……………………………………………………………….

Opieka nad dzieckiem będzie sprawowana przez

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

(nazwa placówki lub w przypadku umowy cywilnoprawnej Imię i nazwisko opiekuna)

Miesięczny koszt opieki wynosi: ............................................... zł

**W przypadku zmiany placówki lub opiekuna sprawującego opiekę nad dzieckiem należy poinformować Beneficjenta oraz doręczyć załączniki wskazane poniżej.**

**Załączniki do wniosku:**

1. Zaświadczenie lub umowa potwierdzająca powierzenie opieki nad dzieckiem instytucji,   
   lub opiekunowi.

**Oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią Regulaminu dokonywania zwrotu kosztów opieki nad dzieckiem do lat 7 w ramach Projektu, obowiązującego w Powiatowym Urzędzie Pracy   
w Tarnobrzegu.**

**Pouczenie:**

1. Druki formularzy i Regulamin dokonywania zwrotu kosztów opieki nad dzieckiem do lat 7   
   są dostępne w siedzibie Beneficjenta oraz na stronie internetowej Powiatowego Urzędu Pracy w Tarnobrzegu [www.tarnobrzeg.praca.gov.pl](http://www.tarnobrzeg.praca.gov.pl) w zakładce dokumenty do pobrania.
2. Zwrot kosztów opieki wypłacany będzie do kwoty nie wyższej niż 300 zł miesięcznie.
3. W przypadku zmiany placówki lub opiekuna sprawującego opiekę nad dzieckiemUczestniczka Projektu musi poinformować Beneficjenta.

*Świadomy(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych oświadczam, że wszelkie informacje podane w niniejszym wniosku są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym na dzień jego złożenia. Wiarygodność informacji podanych we wniosku potwierdzam własnoręcznym podpisem.*

...........................................................

(czytelny podpis Uczestniczki Projektu)

**Opinia przedstawicieli Zespołu ds. realizacji projektu** w składzie: koordynator projektu oraz dwóch przedstawicieli Zespołu ds. realizacji Projektu

Wniosek opiniujemy :

□ pozytywnie

□ negatywnie uzasadnienie:

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

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

(podpis koordynatora projektu) (podpis przedstawiciela Zespołu ds. realizacji projektu)

Potwierdzam wolne środki finansowe na realizację zwrotu kosztów opieki nad dzieckiem do lat 7 w ramach ww. Projektu.

...………………….…………………….……………………………..

(data i podpis przedstawiciela Zespołu ds. realizacji projektu

- Dział Finansowo-Księgowy)

**DECYZJA DYREKTORA POWIATOWEGO URZĘDU PRACY:**

Po rozpatrzeniu wniosku wyrażam /nie wyrażam zgodę(y) na przyznanie zwrotu kosztów opieki nad dzieckiem do lat 7 w ramach ww. Projektu.

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

(data) (podpis)