



OŚWIADCZENIE
DOTYCZĄCE ZWROTU KOSZTÓW OPIEKI NAD OSOBĄ ZALEŻNĄ

Niniejszy dokument dotyczy projektu pn. „**Profilaktyka i diagnostyka jelita grubego w podregionie bialskim**” realizowanym w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020 w zakresie Osi Priorytetowych 9 - 12 RPO WL 2014-2020, 10 Adaptacyjność przedsiębiorstw i pracowników do zmian, Działania 10.3 Programy polityki zdrowotnej.

Ja niżej podpisany/podpisana oświadczam, iż w związku z moim uczestnictwem w Projekcie pn. „Profilaktyka i diagnostyka jelita grubego w podregionie bialskim” poniosłem/poniosłam koszty opieki nad osobą zależną, tj.:

Nazwisko / Nazwiska

Imię / Imiona

--	--

Data urodzenia

Określenie pokrewieństwa / powinowactwa

--	--	--

--

Adres zamieszkania lub pobytu osoby zależnej

ulica	nr domu	nr lokalu	miejsowość	kod pocztowy	gmina	powiat

W dniu od godziny do godziny

Na podstawie przedłożonych dokumentów potwierdzających stopień pokrewieństwa lub powinowactwa do osoby zależnej oraz potwierdzających niepełnosprawność, niedołążność, zależność proszę o zwrot kosztów opieki nad osobą zależną w kwocie zł.

Kwota zwrotu kosztów opieki nad osobą zależną wynosi: 15,00 zł (słownie: piętnaście złotych 00/100) za godzinę.

Ww. kwotę otrzymałem/otrzymałam w gotówce / lub proszę przenieść na nr konta*:

--

Data

Miejscowość

Czytelny podpis uczestnika Projektu

--	--	--

* właściwie zakreślić