**Wniosek refundacyjny o wypłatę nr …… / ……/2023 z dnia ………………………………**

(wypełnia pracownik przyjmujący wniosek)

**Ja, niżej podpisana/y .............................................................................................................**

(imię i nazwisko)

PESEL:.............................................................................................................................................

zamieszkała/y

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

(adres zamieszkania)

w oparciu o zawartą Umowę – deklarację uczestnictwa w projekcie „Gmina Grabica wspiera w opiece nad dziećmi do lat 3” o nr RPLD.10.01.00-10-D001/21 wnoszę o wypłatę transzy refundacyjnej poniesionych przeze mnie kosztów opieki nad moim dzieckiem..........................................................., zgodnie z dołączonymi dowodami potwierdzającymi poniesione wydatki oraz poniższym wyliczeniem:

**Refundacja za miesiąc: …………….……….…………… 2023 r.**

1. **WYNAGRODZENIE NETTO NIANI**

|  |  |
| --- | --- |
| **Poniesiony koszt całkowitego wynagrodzenia netto niani (zgodnie z dołączonymi dowodami – kopia przelewu, potwierdzenie zapłaty z placówki bankowej):** |  |

1. **SKŁADKI ZUS OD WYNAGRODZENIA NIANI**

|  |  |
| --- | --- |
| **Poniesiony koszt składek ZUS od wynagrodzenia niani (zgodnie z dołączonymi z dowodami – kopia przelewu, potwierdzenie zapłaty z placówki bankowej:** |  |

1. **ŁĄCZNIE poniesione koszty**

|  |  |
| --- | --- |
| **Łączna kwota poniesionych kosztów (A + B)** |  |

**D. Wnoszony wkład własny:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Wniesiony wkład własny rodziców/ opiekunów** |  |

**E. Wnioskowana kwota refundacji wynagrodzenia**

|  |  |
| --- | --- |
| **Wnioskowana kwota refundacji (C – D )** |  |

**F. Koszty badania sanitarno- epidemiologicznego Niani**

|  |  |
| --- | --- |
| **Kwota za badanie sanitarno- epidemiologiczne Niani zgodna z załączonymi dowodami** |  |

**G. Wnioskowana kwota refundacji Badań**

|  |  |
| --- | --- |
| **Wnioskowana kwota refundacji – kwota wymieniona w pkt F** |  |

**H. Łączna kwota refundacji**

|  |  |
| --- | --- |
| **E+G** |  |

Proszę o dokonanie przelewu na rachunek bankowy o numerze:

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

..................………………………………………..   
 **Czytelny podpis Uczestniczki / Uczestnika**

**Sprawdzono i zatwierdzono pod względem kompletności i poprawności:**

**…………………………..………………………….**

**Podpis Pracownika Biura projektu**

**WYMAGANE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU**

**Do pierwszego wniosku składanego w ramach projektu należy dołączyć:**

1. Kopię umowy uaktywniającej
2. Potwierdzenie zgłoszenia Uczestniczki/Uczestnika projektu, jako płatnika składek (druk ZUS ZFA)
3. Potwierdzenie zgłoszenia niani do ZUS (druk ZUS ZUA lub druk ZUS ZZA).
4. Dowód zapłaty wynagrodzenia niani np. kopia przelewu~~, potwierdzenie odbioru wynagrodzenia~~, potwierdzenie zapłaty z placówki bankowej
5. Deklarację rozliczeniową ZUS DRA oraz ZUS RCA
6. Dowód zapłaty składek ZUS np. kopia przelewu, potwierdzenie zapłaty z placówki bankowej
7. Kopia rachunku wystawionego przez nianie wraz z ewidencją godzin wykonywania umowy przez nianię.
8. Kopia zapłaconej faktury/rachunku za badania sanitarno – epidemiologiczne wraz potwierdzeniem zapłaty
9. Zaświadczenie o zatrudnieniu będące potwierdzeniem statusu uczestnika jako osoby pracującej.

**Do kolejnego wniosku składanego w ramach projektu należy dołączyć:**

1. Dowód zapłaty wynagrodzenia niani np. kopia przelewu, potwierdzenie odbioru wynagrodzenia, potwierdzenie zapłaty z placówki bankowej
2. Deklarację rozliczeniową ZUS DRA oraz ZUS RCA/ZUS RZA
3. Dowód zapłaty składek ZUS np. kopia przelewu, potwierdzenie zapłaty z placówki bankowej itp
4. Kopia rachunku wystawionego przez nianie wraz z ewidencją godzin wykonywania umowy przez nianię.
5. Zaświadczenie o zatrudnieniu będące potwierdzeniem statusu uczestnika jako osoby pracującej.