



Fundusze Europejskie
dla Lubuskiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Lubuskie
Warte zachodu

WNIOSEK DO OPIEKI INSTYTUCJONALNEJ

Ja, niżej podpisany/a
zam. w
oświadczam, że jestem Uczestnikiem Projektu „Nowa Szansa: Wsparcie dla mieszkańców powiatów żagańskiego i międzyrzeckiego znajdujących się w trudnej sytuacji na rynku pracy” nr FELB.06.03-IZ.00-0011/24, realizowanego przez firmę OPEN Wojciech Rabiega, i wnioskuję o przyznanie wsparcia towarzyszącego opiece nad osobą zależną, nad:

1
(Imię nazwisko osoby zależnej) (stopień pokrewieństwa) (data urodzenia)

2.

na czas mojego uczestnictwa w Projekcie, w ramach:

☐ Doradztwa Zawodowego z Indywidualnym Planem Działania w dniach

☐ Pośrednictwa Pracy w dniach

☐ Poradnictwa Zawodowego w dniach

☐ Wsparcia Psychologicznego w dniach

☐ Szkolenia w dniach

z uwagi na fakt, iż osoba ta ze względu na **stan zdrowia*/ wiek*/**
wymaga stałej opieki. (inne przyczyny)

Z wyżej wymienioną osobą łączą mnie: więzy **rodzinne***, **powinowactwo***, **pozostaje ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym***.

Jednocześnie oświadczam, że zachodzi niezbędność ponoszenia kosztów związanych z wynajęciem osoby do sprawowania opieki nad wyżej wymienionym na czas mojego uczestnictwa w zajęciach i wnioskuję o możliwość **skorzystania z opieki Instytucjonalnej**

Średni dochód na jednego członka mojej rodziny z okresu ostatnich 3 pełnych miesięcy przed przystąpieniem do Projektu, wynosi PLN miesięcznie na osobę.

Słownie

W przypadku przyznania mi dofinansowania, proszę o dokonanie przelewu na konto:

Właściciel konta

Adres właściciela konta

Nr konta

Mój telefon kontaktowy:

Oświadczam, że w dogodnej dla mnie lokalizacji tj. brak jest Instytucjonalnej Placówki Opiekuńczej.

....., dnia.....
Podpis

*** NIEPOTRZEBNE SKREŚLIĆ!!!**

Pieczęć Placówki jest możliwość*/brak możliwości*

Pieczęć Placówki jest możliwość*/brak możliwości*