

**Kwalifikacja wniosku o zwrot kosztów opieki nad osobą niesamodzielną na czas badania/szkolenia**

Na podstawie w/w wniosku oraz przedłożonych dokumentów przyznaje/ nie przyznaje* zwrot kosztu opieki nad osobą niesamodzielną uczestnikowi projektu:

Imię i Nazwisko uczestnika projektu:	
Data badania:	
Kwota zwrotu:	
Podpis osoby upoważnionej ze strony Realizatora projektu:	

Rozliczenie zwrotu kosztów opieki nad osobą niesamodzielną (jeśli dotyczy):

Kwota zwrotu (zł):	
---------------------------	--

Data wypłaty:	
Podpis osoby upoważnionej ze strony Realizatora projektu:	

* niepotrzebne skreślić