**Wniosek zaliczkowo-rozliczeniowy nr ........./........ z dnia .......................[[1]](#footnote-1)**

(miesiąc/numer ewidencyjny)

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

(imię i nazwisko)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PESEL:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**zamieszkała/y** ……………………………………………………………………..

(adres zamieszkania)

w oparciu o zawartą na okres od ……………... do ………………. umowę uczestnictwa w projekcie „Brzdąc i praca - to się opłaca!“ (RPWM.10.04.00-28-0004/16) rozliczam[[2]](#footnote-2) niniejszym otrzymaną w poprzednim miesiącu zaliczkę, zgodnie z dołączonymi dowodami (kopia rachunku/faktury wraz z dowodem zapłaty) oraz poniższym wyliczeniem:

|  |  |
| --- | --- |
| A) Otrzymana w poprzednim miesiącu zaliczka1: |  |
| B) Koszt opieki za poprzedni miesiąc zgodnie z dowodami1 (do limitu wyznaczonego regulaminem t.j. 2000 zł) |  |
| C) Rozliczenie zaliczki1 (A-B): |  |
| D) kwota wynikająca z umowy z nianią |  |
| E) kwota wynagrodzenia urealniona o oszczędności z miesiąca poprzedniego (B-C): |  |

i wnoszę o wypłatę kolejnej transzy na pokrycie kosztów opieki nad moim dzieckiem, w wysokości uwzględniającej koszty opieki za poprzedni miesiąc i rozliczenie zaliczki (tj. E): ………………. zł, słownie: ………………………………………………………………………………………………………………………….. zł

Proszę o dokonanie przelewu na mój rachunek bankowy o numerze:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

..............………………………………………..

**Czytelny** podpis uczestnika

Data wpływu do CE WMZDZ ……………………………..[[3]](#footnote-3)

Sprawdzono i zatwierdzono pod względem kompletności i poprawności:

.............………………………………………..

podpis Dyrektora Centrum Edukacji ZDZ

**WYPEŁNIA BIURO PROJEKTU:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr zadania** | **Nazwa zadania** | **Rodzaj wydatku** | | |
| 1 | Fundusz-Brzdąc | Opieka indywidualna- ucz. ścieżki aktywizacyjnej | | |
| **Sprawdzono i zaakceptowano pod względem  merytorycznym** | | **Sprawdzono i zaakceptowano pod względem**  **formalnym i rachunkowym** | | |
|  |  |  | |  |
| **data** | **podpis** | **data** | | **podpis** |
| **Zatwierdzono do wypłaty jako kwotę kwalifikowaną w projekcie** | | | | |
|  |  | | | |
| **Kwota** | **Słownie** | | | |
|  |  | |  | |
| **data** | **Główny Księgowy** | | **Prezes Zarządu** | |

1. Wypełnia uczestnik [↑](#footnote-ref-1)
2. nie dotyczy pierwszego składanego wniosku o zaliczkę [↑](#footnote-ref-2)
3. Wypełnia pracownik WMZDZ [↑](#footnote-ref-3)