

.....
Imię i nazwisko

.....
adres zamieszkania

.....
PESEL

**Powiatowy Urząd Pracy
w Częstochowie**

WNIOSEK ROZLICZENIOWY

o refundację kosztów opieki nad dzieckiem do 7. roku życia, a w przypadku dziecka niepełnosprawnego – do 18. roku życia / osobą zależną* za miesiąc

1. Zwracam się z prośbą o dokonanie zwrotu z Funduszu Pracy ponoszonych przeze mnie kosztów opieki nad dzieckiem do 7. roku życia, a w przypadku dziecka niepełnosprawnego do 18. roku życia / osobą zależną:*
 - 1) za okres od do
 - 2) w wysokości
2. Jednocześnie oświadczam, że nadal jestem zatrudniona(y) / wykonuję inną pracę zarobkową / odbywam inną formę pomocy* oraz osiągnęłam(em) z tego tytułu przychód nieprzekraczający minimalnego wynagrodzenia za pracę.
3. Należną mi kwotę zwrotu kosztów proszę przekazać na niżej podany rachunek bankowy:

.....
Świadoma(y) odpowiedzialności prawnej oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.

*niewłaściwe skreślić

.....
data i czytelny podpis wnioskodawcy

Załączniki:

1. Dokumenty potwierdzające poniesione koszty opieki.
2. Zaświadczenie o uzyskanych przez Wnioskodawcę przychodach za miesiąc, którego wniosek dotyczy (tylko w przypadku zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej).
3. Lista obecności (kserokopia potwierdzona przez pracodawcę za zgodność z oryginałem) lub inny dokument potwierdzający obecność w danym miesiącu.

WYPEŁNIA POWIATOWY URZĄD PRACY W CZĘSTOCHOWIE

1. Przychód uzyskany przez wnioskodawcę

2. Przyznano refundację:

1) za okres: od do

2) w wysokości

3. Nie przyznano refundacji z powodu

.....

.....

.....
data i podpis pracownika PUP