

**Rozliczenie faktycznie poniesionych kosztów opieki nad:  
\*dzieckiem/dziećmi \*osobą zależną**

\*zaznaczyć właściwe

.....  
(imię i nazwisko)

PESEL: .....

.....  
(adres zamieszkania)

Nr telefonu .....

**Oświadczam, że:**

W miesiącu ..... r. z tytułu opieki nad dzieckiem/dziećmi, osobą zależną  
(\*zaznaczyć właściwe)

poniosłem/am koszty w wysokości:

1 .....  
/imię i nazwisko/

data ur. .... poniesiony koszt ..... zł

2 .....  
/imię i nazwisko/

data ur. .... poniesiony koszt ..... zł

Razem: ..... zł

1) osiągnąłem/am przychód z tytułu.....

w wysokości: .....zł/słownie: .....

Należną mi kwotę zwrotu kosztów proszę przelać na rachunek bankowy o numerze

.....

prowadzony w .....

**Jednocześnie oświadczam, że moja sytuacja rodzinna nie uległa zmianie i jest zgodna ze stanem w dniu złożenia wniosku o refundację kosztów opieki nad dzieckiem/dziećmi lub osobą zależną, a w miesiącu rozliczeniowym pozostawałem(łam) w zatrudnieniu/odbywałem (łam) staż. (zaznaczyć właściwe).**

.....  
(data) (czytelny podpis wnioskodawcy/Uczestnika projektu)

\*niepotrzebne skreślić

Załączniki:

- 1) kopia lista obecności na stażu, zaświadczenie o wynagrodzeniu za m- c, za który ma być dokonana refundacja ( ze wskazaniem kwoty brutto wynagrodzenia)
- 2) dokumenty potwierdzające poniesione koszty opieki, np. fakturę, potwierdzenie zapłaty lub przelewu na konto, zaświadczenie z przedszkola, żłobka lub innej placówki zajmującej się opieką nad dzieckiem/dziećmi lub osobą zależną, jednoznacznie wskazujące Wnioskodawcę i osobę objętą opieką, zawierające: imię i nazwisko, adres zamieszkania, określenie okresu i rodzaju opieki oraz wysokość poniesionego kosztu z tytułu opieki na każde dziecko/dzieci lub osobą zależną.

---

## **WYPEŁNIA POWIATOWY URZĄD PRACY W KOŃSKICH**

DO WYPŁATY: .....

AKCEPTACJA PRACOWNIKA: \_\_\_\_\_