Załącznik nr 2 do Zasad refundacji kosztów opieki nad dzieckiem

do 6 roku życia lub dzieckiem niepełnosprawnym do 7 roku życia

.................................................................... …………………………..…, dn. …………..…………

(Imię i nazwisko) (Miejscowość)

...................................................................

(Adres zamieszkania)

..................................................................

(PESEL)

Powiatowy Urząd Pracy we Wrześni

**ul. Wojska Polskiego 2 62-300 Września**

**WNIOSEK ROZLICZENIOWY**

**dotyczący poniesionych kosztów opieki nad dzieckiem**

(art. 61 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy)

Na podstawie umowy nr ………………………….……. zawartej dnia …….………………………

proszę o zwrot kosztów opieki nad dzieckiem/dziećmi poniesionych przeze mnie w m-cu ..…………..…….....

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko dziecka** | **Data urodzenia** | **Forma opieki** | **Nazwa i adres** | **Koszty poniesione z tytułu opieki** |
| **1.** |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | **RAZEM** |  |

Kontynuuję zatrudnienie/staż\* w ……………………………………………..………………………………..…………..

(Nazwa Pracodawcy)

Z tytułu opieki poniosłam/em koszty w łącznej wysokości ….…………………………...………….………………….zł. Uzyskałam/em wynagrodzenie/stypendium\* w wysokości ...…………………………………………………...….... zł. Rachunek bankowy do przekazania refundacji:

Pełna nazwa banku: ......……………………………………………….…….………………………………………….… Nr rachunku:

 **Załącz ni ki:**

................................................................

(Podpis wnioskodawcy)

1. Aktualne zaświadczenie o pozostawaniu w zatrudnieniu oraz o uzyskanych miesięcznych przychodach za miesiąc, którego dotyczy wniosek o refundację,
2. Rachunek/faktura/zaświadczenie\*, potwierdzające wysokość poniesionych kosztów z tytułu opieki nad dzieckiem/dziećmi oraz potwierdzenie płatności.

WYPEŁNIA POWIATOWY URZĄD PRACY WE WRZEŚNI

1. Przychód uzyskany przez wnioskodawcę .......................................................................................................................

2. Przyznano refundację za okres od ………………..…do ………..……… w wysokości............................................. 3. Uwagi ………………………………………………..…………………………………………………………….…

.............................................................................

 (Data i podpis pracownika PUP)

\* właściwe zaznaczyć