Włocławek, dnia.....*.....................*

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

Imię i nazwisko

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

Adres zamieszkania                                                                                       **Powiatowy Urząd Pracy**

..........................................................                                                           **we Włocławku**

PESEL

……………………………………..

Nr telefonu

**R O Z L I C Z E N I E**

**faktycznie poniesionych kosztów opieki na dzieckiem**

Na podstawie art. 61 Ustawy z dn.20 kwietnia 2004 r . o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy ( Dz. U. z 2016r. poz. 645 z późn. zm.) zwracam się z dokonanie refundacji poniesionych kosztów opieki nad dzieckiem / dziećmi:

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

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

*(imię i nazwisko oraz data urodzenia dziecka, dzieci)*

za okres: od ..................................... do ........................................ .

Za okres: od .......................... do .................................. poniosłam z tytułu opieki nad dzieckiem / dziećmi koszty w wysokości: .................................................. .

Do wniosku załączam:

1. dokumenty potwierdzające poniesione koszty,
2. zaświadczenia od pracodawcy o przychodach za miesiąc którego dotyczy złożony wniosek rozliczeniowy w przypadku zatrudnienia lub wykonywania innej pracy zarobkowej,
3. lista obecności poświadczającą odbywanie stażu, przygotowania zawodowego dorosłych, szkolenia.

Przyznaną mi kwotę refundacji:

1. proszę przekazać na konto nr: ……...……………………………………………………….
2. będę odbierała osobiście w kasie Poczty Polskiej we Włocławku, ul. Chopina 54

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

***podpis wnioskodawcy***

**Wypełnia PUP Włocławek:**

|  |  |
| --- | --- |
| Faktycznie poniesione koszty opieki nad dzieckiem/dziećmi za miesiąc .…………………. 2017r. |  |
| Wyliczenie przysługującej kwoty refundacji kosztów opieki nad dzieckiem/dziećmi |  |
| **Do wypłaty:** |  |

**Sprawdzono pod względem**

**merytorycznym:** data..................................................... podpis.................................................................

**Sprawdzono pod względem**

**rachunkowym:**                 data..................................................... podpis.................................................................