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

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

Imię i nazwisko

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

Adres zamieszkania                                                                                      **Powiatowy Urząd Pracy**

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

PESEL

……………………………………..

Nr telefonu

**Wniosek**

**o refundację kosztów opieki nad dzieckiem / dziećmi / osobą zależną**

Na podstawie art. 61  ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz.U. z  2017r. poz. 1065 z późn. zm.) zwracam się z prośbą o dokonywanie przez okres  od …..................... do …......................... refundacji ponoszonych przeze mnie kosztów opieki nad dzieckiem/dziećmi lub osobą zależną.

Informuję, że z dniem ................................... podjąłem/am zatrudnienie / inną pracę zarobkową / staż / przygotowanie zawodowe dorosłych / szkolenie\*

**Imię i nazwisko oraz PESEL dziecka / dzieci / osoby zależnej: …………………………………………………………………………..….**

**…………………………………………………………………………..….**

**Miesięczny koszt opieki wynosi ................................ zł**

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

( *podpis)*

Załączniki:

1. …………………………………………………………………………………………………
2. …………………………………………………………………………………………………
3. …………………………………………………………………………………………………
4. …………………………………………………………………………………………………

\*właściwe podkreślić