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 nad dzieckiem / dziećmi/osobą zależną**

Na podstawie art. 61 ustawy z dn. 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2024 r. poz. 475) zwracam się o dokonanie refundacji poniesionych kosztów opieki nad dzieckiem / dziećmi/ osobą zależną:

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

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

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

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

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

Oświadczam, że na dziecko/dzieci wskazane w rozliczeniu:

* Jest ***/*** nie jest przyznana  refundacja na pokrycie kosztów  związanych z opieką\*
* Korzystam /nie korzystam z dofinansowania obniżenia opłaty za pobyt dziecka w żłobku, klubie dziecięcym lub u dziennego opiekuna o którym mowa w art. 64c ustawy z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3 (Dz. U. z 2024 r. poz. 338)\*

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

***podpis wnioskodawcy***

Do rozliczenia załączam:

1. ................................................................................................................................................
2. .................................................................................................................................................
3. .................................................................................................................................................

\* niewłaściwe skreślić

**Wypełnia PUP Włocławek:**

|  |  |
| --- | --- |
| Faktycznie poniesione koszty opieki nad dzieckiem/dziećmi za miesiąc .…………………. 2024 r. |  |
| Wyliczenie przysługującej kwoty refundacji kosztów opieki nad dzieckiem/dziećmi |  |
| **Do wypłaty:** |  |

**Sprawdzono pod względem**

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

**Sprawdzono pod względem**

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