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 do lat 7, a w przypadku dziecka niepełnosprawnego do 18 roku życia / dziećmi/osobą zależną**

Na podstawie umowy z dnia …………….. nr…………………… zwracam się o dokonanie refundacji poniesionych kosztów opieki nad dzieckiem / dziećmi/ osobą zależną:

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

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

*(imię i nazwisko osoby zależnej oraz data urodzenia w przypadku 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 (dotyczy kosztów za pobyt dziecka/dzieci w żłobku)

* Jest / nie jest \* mi przyznane świadczenie „aktywni w żłobku”, o którym mowa w ustawie z dnia 15 maja 2024r. o wspieraniu rodziców w aktywności zawodowej oraz w wychowaniu dziecka – „Aktywny rodzic” (Dz.U. 2024 poz. 858)
* Otrzymałam(łem)/nie otrzymałam(łem)\* na te same koszty, o które ubiegam się w niniejszym wniosku innych środków publicznych.

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

               ***podpis wnioskodawcy***

Do rozliczenia załączam:

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

\* niewłaściwe skreślić

**Wypełnia PUP Włocławek:**

|  |  |
| --- | --- |
| Faktycznie poniesione koszty opieki nad dzieckiem/dziećmi za miesiąc .…………………. 2025 r. |  |
| Wyliczenie przysługującej kwoty refundacji kosztów opieki nad dzieckiem/dziećmi |  |
| **Do wypłaty:** |  |

**Sprawdzono pod względem**

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

**Sprawdzono pod względem**

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