Goleniów, dnia…………….

**Powiatowy Urząd Pracy w Goleniowie**

**WNIOSEK ROZLICZENIOWY**

**poniesionych kosztów opieki nad dzieckiem/dziećmi do 7 roku życia lub niepełnosprawnym dzieckiem**

**do 18 roku życia/osoba zależną**

1. **Imię i nazwisko ..............................................................................................................................................**

2. **Adres zamieszkania ......................................................................................................................................**

3. **Nr PESEL……………………………………………**  4. **Tel. Kontaktowy .............................................................**

**Zgodnie z art. 146 ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia,** wnioskuję o dokonanie refundacji poniesionych kosztów opieki nad dzieckiem/dziećmi/osobą zależną:

imię i nazwisko..............................................................…………………………… data ur………………….……

imię i nazwisko ..................................................................................................... data ur……………………….

imię i nazwisko ..................................................................................................... data ur…………………….…

**za okres od ..................................... do ..........................................**

**Z tytułu opieki poniosłam(em) koszty w łącznej wysokości ............................... zł.**

Jednocześnie oświadczam, że: - w miesiącu ..................................................... r. uzyskałam(em)wynagrodzenie w wysokości ............................................... zł\*\* - nadal pozostaję w zatrudnieniu, wykonuję

inną pracę zarobkową, odbywam staż, przygotowanie zawodowe dorosłych, uczestniczę w szkoleniu.

**Wnioskowaną kwotę proszę przekazać na rachunek bankowy nr:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………

(data i czytelny podpis)

**W załączeniu przedkładam\*:**

1. Aktualne zaświadczenie o pozostawaniu w zatrudnieniu /wykonywaniu innej pracy zarobkowej\*/.
2. Rachunek/faktura/zaświadczenie z przedszkola/ żłobka za dany miesiąc
3. Dokument potwierdzający dokonanie zapłaty za przedszkole/żłobek(przelew, dowód zapłaty).
4. Zaświadczenie o przychodach za miesiąc, którego dotyczy wniosek o refundację\*\*.

…………………………………

(data i czytelny podpis)

• zakreślić odpowiednie

\*\* dot. osób które podjęły zatrudnienie

**Wypełnia Urząd Pracy**

Ocena formalna i merytoryczna:

…………………………………………………..………………………………………………………………………….……

……………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………..………..

……………………………………….

(data i podpis pracownika)

**ZAŚWIADCZENIE DO WNIOSKU O REFUNDACJĘ KOSZTÓW OPIEKI NAD DZIECKIEM/OSOBĄ ZALEŻNĄ**

Zaświadcza się że,……………………………………………………………………………………….…………………

(imię i nazwisko dziecka/osoby zależnej)

uczęszcza do/ jest objęta opieką………………………………………………………………………………………

(nazwa)

w miesiącu ................................. 20 ..... roku opłata wynosiła:

czesne:……………………………. zł(słownie …………………………………………………………..)

wyżywienie:…………………….. zł(słownie .…………………………………………………………..)

Łącznie:………………………….. zł(słownie ……………………………………………….……………)

…….………………………….………………………………………

(podpis i pieczęć imienna dyrektora placówki

lub osoby upoważnionej do wydania zaświadczenia/

w przypadku braki pieczęci czytelny podpis

osoby wydającej zaświadczenie)