POWIATOWY URZĄD PRACY
Dział Ewidencji i Świadczeń
ul. gen. Józefa Bema 16 A, 11-600 Węgorzewo
tel. 87 429 69 00, fax. 87 429 69 01, e-mail: olwe@praca.gov.pl

Załącznik nr 2 do regulaminu

Węgorzewo, dnia ……

……
(imię i nazwisko)

……

……

(adres)

PESEL : ……

Tel.: ……

Powiatowy Urząd Pracy
w Węgorzewie

MIESIĘCZNE ROZLICZENIE
faktycznie poniesionych kosztów opieki nad dzieckiem/dziećmi do lat 6, niepełnosprawnym dzieckiem/dziećmi do lat 7 lub osobą zależną

W miesiącu ……20……. r. z tytułu opieki nad dzieckiem/dziećmi do lat 6;

niepełnosprawnym dzieckiem/dziećmi do lat 7 lub osobą zależną poniosłem/am koszt

w wysokości ……zł.*

W w/w okresie uzyskałam/em wynagrodzenie w wysokości …… zł brutto.

Należną mi kwotę zwrotu kosztów:

☐ proszę przekazać na moje konto nr **

☐ nr konta pozostaje bez zmian **

Niniejszy wniosek składam pouczony/a o odpowiedzialności karnej (art. 233 § 1 k.k.)
”Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”.

……..
(podpis)

Załączniki: **

1. potwierdzenie zatrudnienia w przypadku kontynuacji zatrudnienia lub zmiany pracodawcy (zaświadczenie od pracodawcy lub umowa potwierdzona za zgodność przez pracownika PUP);
2. zaświadczenie lub inny dokument potwierdzający wysokość wynagrodzenia (brutto) za miesiąc, za który ma być dokonana refundacja;
3. dokumentu potwierdzający poniesione koszty na opieki nad dzieckiem/dziećmi, (tj. rachunki/faktury).

*** właściwe podkreślić**
**** właściwe zaznaczyć**

POWIATOWY URZĄD PRACY
Dział Ewidencji i Świadczeń
ul. gen. Józefa Bema 16 A, 11-600 Węgorzewo
tel. 87 429 69 00, fax. 87 429 69 01, e-mail: olwe@praca.gov.pl

Osoba wnioskująca spełnia warunki do otrzymania refundacji kosztów opieki nad dzieckiem/dziećmi do lat 6, niepełnosprawnym dzieckiem/dziećmi do lat 7 lub osobą zależną w wysokości

…….. zł

Węgorzewo, dnia …….. ……..
(podpis pracownika PUP)