

....., dnia .....

Imię i nazwisko

.....

.....

Adres zamieszkania

Dyrektor Powiatowego Urzędu Pracy  
w Inowrocławiu

**Rozliczenie faktycznie poniesionych kosztów opieki nad dzieckiem/dziećmi  
do lat 7 lub osoba zależną,  
w miesiącu.....**

Zwracam się z prośbą o refundację poniesionych kosztów opieki nad dzieckiem/dziećmi do lat 7 lub osoba zależną (imię i nazwisko dziecka lub osoby zależnej, PESEL).....

zgodnie z art. 61 ust. 1 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. tj. z 2008 r. Nr 69, poz. 415 z późn. zm.) w wysokości.....zł  
Kwota powyższa wynika z pobytu dziecka w przedszkolu, żłobku, zatrudnienia opiekunki do dziecka lub osoby zależnej\*.

Należna kwotę refundacji proszę przekazać na mój rachunek bankowy (nr konta i nazwa banku).....

Jednocześnie oświadczam, że \*:

1. Rozpocząłem (am) staż, przygotowanie zawodowe dorosłych, szkolenie na okres od ..... do.....
2. Podjąłem (am) zatrudnienie/inną pracę zarobkową na okres od .....do..... w (nazwa zakładu pracy, adres).....

**Informacja zakładu pracy:**

Potwierdzam, że Pani (i)..... w rozliczonym miesiącu odbywała u nas staż, przygotowanie zawodowe dorosłych, szkolenie lub była naszym pracownikiem \* i osiągnął(a) wynagrodzenie brutto w wysokości\*\* .....zł  
(słownie).....

.....  
(pieczętka zakładu pracy)

.....  
(pieczętka imienna, podpis kierownika zakładu pracy lub głównego księgowego)

**Uprowadzony (a) o odpowiedzialności karnej ( art. 233 Kodeksu karnego) potwierdzam prawdziwość powyższych danych.**

.....  
Podpis wnioskodawcy

**Załącznik:** Dokument potwierdzający poniesione koszty, faktura, rachunek , lud dowód wpłaty.

\* niepotrzebne skreślić

\*\*wysokość wynagrodzenia należy wpisać w przypadku zatrudnienia