

.....
(imię i nazwisko)

Gliwice, dnia.....

.....
(adres zamieszkania)

.....
(telefon)

**ROZLICZENIE FAKTYCZNIE PONIESIONYCH KOSZTÓW OPIEKI
NAD DZIECKIEM /DZIEĆMI lub OSOBĄ ZALEŻNĄ**

W miesiącu roku poniosłem / am koszty z tytułu opieki nad dzieckiem /dziećmi / osobą zależną w wysokościzł zgodnie z przedstawionym w załączeniu rachunkiem/ potwierdzeniem zapłaty / potwierdzonym poleceniem przelewu*.

Jednocześnie oświadczam, że w miesiącur.:**

- nie wystąpiły żadne okoliczności mające wpływ na moje uprawnienia do refundacji ww. kosztów,
- mój miesięczny przychód **nie przekracza** wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę,
- mój miesięczny przychód **przekracza** wysokość minimalnego wynagrodzenia za pracę.

Przyznana mi kwotę proszę przekazać na poniżej wskazany rachunek bankowy:

.....

.....
podpis wnioskodawcy

Wypełnia PUP - Gliwice:

Nr refundacji

Przyznana kwota refundacji.....

Nazwa pracodawcy / szkolenia

.....

Termin podjęcia pracy / stażu / PZD / szkolenia**

.....

Sprawdzono pod względem merytorycznym:

data..... podpis.....

Sprawdzono pod względem rachunkowym:

data..... podpis.....

* - udokumentowany koszt musi być poniesiony przez Wnioskodawcę

** - właściwe zakreślić