

.....
Imię i nazwisko

....., dnia

.....

.....
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 (tekst jednolity Dz. U. z 2013r. poz.674 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/inna prace zarobkową na okres od do.....
w (nazwa zakładu pracy, adres).....

Informacja zakładu pracy:

Potwierdzam, że Pani (i)..... w rozliczanym miesiącu odbywała u nas staż, przygotowanie zawodowe dorosłych, szkolenie.

.....
(pieczętka zakładu pracy)

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

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

.....
Podpis wnioskodawcy

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

* niepotrzebne skreślić