*Załącznik nr 2 do zasad*

Kolbuszowa, dnia ………………..

…………………………………………………..

………………………………………….………..

……………………………………………………

(imię i nazwisko, adres zamieszkania, nr PESEL)

**Starosta Kolbuszowski**

**Powiatowy Urząd Pracy w Kolbuszowej**

### WNIOSEK ROZLICZENIOWY

**dotyczący faktycznie poniesionych kosztów opieki nad dzieckiem (dziećmi) do lat 6, niepełnosprawnym dzieckiem (dziećmi) do 7 roku życia lub osobą zależną**

Na podstawie art. 61 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, zwracam się z prośbą o dokonanie refundacji poniesionych przeze mnie kosztów opieki nad dzieckiem (dziećmi) do lat 6, niepełnosprawnym dzieckiem (dziećmi) do 7 roku życia lub osobą zależną\*

W miesiącu ………………. 20….. r. z tytułu opieki nad dzieckiem / osobą zależną\* poniosłem/am koszty w wysokości:

1. ................................................... data ur. ……………….… poniesiony koszt …………… zł

(imię i nazwisko dziecka/osoby zależnej)

1. ................................................... data ur. …………………. poniesiony koszt …………… zł

(imię i nazwisko dziecka/osoby zależnej)

1. ................................................... data ur. …………………. poniesiony koszt …………… zł

(imię i nazwisko dziecka/osoby zależnej)

**Razem …………… zł**

Jednocześnie oświadczam, że:

* w miesiącu …………… 20…..r. uzyskałem/am przychód (brutto) w wysokości .............. zł,
* w miesiącu rozliczeniowym (właściwe zaznaczyć x):

pozostawałem/am /  nie pozostawałem/am w zatrudnieniu,

przerwałem/am /  nie przerwałem/am stażu, przygotowania zawodowego dorosłych, szkolenia\*.

\* niepotrzebne skreślić

Należną mi kwotę tytułem refundacji kosztów opieki nad ww. osobami proszę przekazać na mój rachunek bankowy nr:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

..…………………………..…….

(data i podpis wnioskodawcy)

Załączniki:

1. Dokumenty potwierdzające poniesione koszty opieki nad dzieckiem (dziećmi), np.
2. faktury/rachunki, potwierdzenia zapłaty za przedszkole, żłobek, placówkę opiekuńczą, zawierającymi imię i nazwisko dziecka (dzieci), nad którym/i była sprawowana opieka z uwzględnieniem miesiąca i roku za jaki została dokonana płatność,
3. umowy cywilnoprawne zawarte z osobami fizycznymi sprawującymi opiekę nad dzieckiem wraz z dokumentem potwierdzającym odbiór wynagrodzenia, odprowadzenie odpowiednich składek i opłat.
4. Dokumenty potwierdzające poniesione koszty opieki nad osobą zależną, np.
5. faktury/rachunki, potwierdzenia zapłaty za pobyt osoby zależnej w instytucji lub placówce opiekuńczej, zawierającymi imię i nazwisko osoby zależnej, nad którą była sprawowana opieka z uwzględnieniem miesiąca i roku za jaki została dokonana płatność,
6. umowy cywilnoprawne zawarte z osobami fizycznymi sprawującymi opiekę nad osobą zależną wraz z dokumentem potwierdzającym odbiór wynagrodzenia, odprowadzenie odpowiednich składek i opłat.
7. Zaświadczenie potwierdzające wysokość osiągniętego przez wnioskodawcę przychodu (brutto) za miesiąc, za który składany jest wniosek o refundację z tytułu zatrudnienia, wykonywania innej pracy zarobkowej lub oświadczenie o wysokości osiągniętego przez wnioskodawcę przychodu (brutto) z tytułu odbywania stażu, przygotowania zawodowego dorosłych lub szkolenia, osiągniętego za miesiąc, za który składany jest wniosek.
8. Kserokopia listy obecności za miesiąc, którego dotyczy refundacja, potwierdzona za zgodność z oryginałem.

|  |
| --- |
| **WYPEŁNIA PRACOWNIK URZĘDU PRACY:** |

**Wyliczenia kwoty refundacji kosztów opieki nad dzieckiem (dziećmi) do lat 6,**

**niepełnosprawnym dzieckiem (dziećmi) do 7 roku życia lub osobą zależną**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1.** | **Poniesione koszty opieki za miesiąc ……………..…. 20…..r.** |  |
| **2.** | **Ilość dni, za które przysługuje refundacja** |  |
| **3.** | **Koszty opieki podlegające refundacji za niepełny miesiąc:**  ……………………………... : 30 dni x ………………..  (pozycja 1) (pozycja 2) |  |
| **4.** | **Koszty opieki podlegające refundacji za pełny miesiąc**  (max. połowa aktualnie obowiązującej kwoty zasiłku, o którym mowa w art. 72 ust. 1 pkt 1 Ustawy na każdego uprawnionego) |  |

Kwota do refundacji za miesiąc ………………………… 20….. r. wynosi ………………… zł.

…………………………………….

(data i podpis pracownika PUP)