

.....
(imię i nazwisko)

Gliwice, dnia.....

.....
(adres zamieszkania)

.....
(telefon)

ROZLICZENIE FAKTYCZNIE PONIESIONYCH KOSZTÓW OPIEKI NAD DZIECKIEM /DZIEĆMI lub OSOBĄ ZALĘŻNĄ

W miesiącu roku poniosłam / em 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

Oświadczam, że zapoznałam/em się i akceptuję Kryteria dokonywania refundacji kosztów opieki nad dzieckiem lub dziećmi lub osobą zależną, w związku z podjęciem zatrudnienia, innej pracy zarobkowej lub udziału w innej formie pomocy.

* - udokumentowany koszt musi być poniesiony przez Wnioskodawcę

** - właściwe zakreślić

ROZLICZENIE nr

WYPEŁNIA PRACOWNIK PUP GLIWICE

1. Dział ds. Szkoleń, IRP i Programów

Imię i nazwisko osoby bezrobotnej/poszukującej pracy

Zatrudnienie, inna praca zarobkowa lub nazwa formy pomocy (wymienić właściwe)

.....

Okres zatrudnienia, innej pracy zarobkowej, czas trwania formy pomocy* od do

Miejsce zajęć.....

.....

Koszt opieki wg. załączonych dokumentów zł

okres rozliczeniowy -

.....
(data i podpis pracownika Działu SZIRP)

2. Dział Księgowości.

Imię i nazwisko osoby bezrobotnej

Adres zamieszkania

Koszt dojazdu wg załączonych i zatwierdzonych biletów zł

.....
(data i podpis pracownika Działu Księgowości)

* - udokumentowany koszt musi być poniesiony przez Wnioskodawcę

** - właściwe zakreślić