ZAŁĄCZNIK NR 2 DO ZASAD REFUNDACJI KOSZTÓW OPIEKI NAD DZIECKIEM (DZIEĆMI) / OSOBY ZALEŻNEJ

OBOWIĄZUJĄCE W POWIATOWYM URZĘDZIE PRACY W PRZEMYŚLU

Przemyśl, dnia……………………….

……………………………………………………..

 (imię i nazwisko)

……………………………………………………..

(dokładny adres zamieszkania)

……………………………………………………..

 **POWIATOWY URZĄD PRACY**

 **W PRZEMYŚLU**

 **ul. Katedralna 5,**

**37-700 Przemyśl**

**Wniosek**

**o refundację za faktycznie poniesione i udokumentowane miesięczne koszty opieki nad dzieckiem/dziećmi do 7 roku życia, a w przypadku dziecka niepełnosprawnego – do 18 roku życia,**

**lub nad osobą zależną**

art. 79 ust. 1 i 2, art. 146 Ustawy o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz. U. z 2025, poz.620)

Za miesiąc ……………………………………………………..,….……. r. z tytułu opieki nad dzieckiem / osobą zależna poniosłem/am/ koszty w wysokości:

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

 (imię i nazwisko dziecka)

2)…………………………………………………………..data ur. ………………………….. poniesiony koszt ………………………zł

 (imię i nazwisko dziecka)

3)…………………………………………………………..data ur. ………………………….. poniesiony koszt ………………………zł

 (imię i nazwisko dziecka)

 Razem ………………………..zł

Należną mi kwotę zwrotu kosztów proszę przekazać na mój rachunek bankowy:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_

**Oświadczam, iż nie otrzymałem(am) finansowanie(a) z innych środków publicznych na te same koszty, na pokrycie których ma być przeznaczona wnioskowana forma pomocy.**

**Oświadczam, że moja sytuacja rodzinna nie uległa zmianie i jest zgodna ze stanem
w dniu złożenia wniosku, a w miesiącu rozliczeniowym pozostawałem(am) w zatrudnieniu, nie przerwałem stażu/przygotowania zawodowego dorosłych/szkolenia \***

**Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, oświadczam, iż wszystkie dane zawarte w niniejszym wniosku są prawdziwe.**

………………………………………………………….. (data i podpis wnioskodawcy)

Załączniki :

1. Rachunek/faktura/dokument potwierdzający poniesione koszty za miesiąc rozliczeniowy w przypadku płatności przelewem potwierdzenie przelewu.
2. Oświadczenie o wysokości otrzymanego stypendium za miesiąc którego dotyczy wniosek o refundację lub Zaświadczenie potwierdzające wysokość osiągniętego przychodu z tytułu zatrudnienia lub wykonywania innej pracy zarobkowej za m-c rozliczeniowy – przychód brutto.
3. Kserokopia listy obecności za m-c rozliczeniowy.

\* niepotrzebne skreślić

**Adnotacje urzędowe:**

Wniosek dotyczy umowy numer UmOpDzOZal/…………….… zawartej w dniu ………………….r.

1. Poniesione koszty wg rachunku………...……………………..………………………………………zł
2. Rozliczany miesiąc/okres refundacji ……………………………… – ………….……………………
3. Kwota podlegająca refundacji za m-c……..……………..…….… wynosi …..…..…..………zł

data i podpis …………………………..….……………………………