

Koszalin dnia.....

Powiatowy Urząd Pracy w Koszalinie**WNIOSEK****o zwrot faktycznie poniesionych kosztów opieki nad dzieckiem (dziećmi) lub osobą zależną**

Imię i nazwisko.....

Pesel (w przypadku braku nr pesel-data urodzenia wnioskodawcy).....

Adres zamieszkania.....

.....

Nr telefonu,e-mail.....

Zostałam/em zatrudniona/ny lub przyjęta/ty na inną formę pomocy*

Nazwa placówki opiekuńczej (nazwa placówki,adres).....

.....

Wnioskuje o zwrot refundacji kosztów opieki nad dzieckiem /dziećmi lub osobą zależną:

1.Nazwisko i Imię.....

Wysokość faktycznie poniesionych kosztów opieki za pobyt i wyżywienie za

miesiąc.....wynosi..... zł

2.Nazwisko i Imię.....

Wysokość faktycznie poniesionych kosztów opieki za pobyt i wyżywienie wynosi za

miesiąc.....wynosizł

Należną mi kwotę refundacji w/w kosztów proszę przekazać na poniższy rachunek bankowy:

Nazwa banku.....

Nr rachunku.....

Jednocześnie oświadczam, że moja sytuacja rodzinna i finansowa nie uległa zmianie i jest zgodna ze stanem w dniu złożenia wniosku, a w miesiącu rozliczeniowym pozostawałam(łam) w zatrudnieniu oraz nie przekroczyłam/lem minimalnego wynagrodzenia, nie przerwałam(em) innej formy pomocy*.

Pouczenie: Podanie nieprawdziwych danych może skutkować odpowiedzialnością karną.

.....
(data i podpis wnioskodawcy)

* niepotrzebne skreślić

Załączniki:

1.Kserokopia poniesionych opłat(potwierdzenie przelewu, zaświadczenie z placówki opiekuńczej itp...)

2.Zaświadczenie potwierdzające wysokość osiąganego miesięcznie przychodu z tytułu zatrudnienia lub wykonywania innej pracy zarobkowej.

Wypełnia PUP.....

Umowa Nr.....

Forma aktywizacji: inna forma pomocy, zatrudnienie, inna praca zarobkowa.*

Forma opieki nad dzieckiem.....

Maksymalna możliwa refundacja.....

Przyznano/ nie przyznano kwotę refundacji opieki nad dzieckiem(uzasadnienie przyznania lub odmowy).....

.....

Sygnatura wypłaty z Syriusza.....

.....

(data i podpis pracownika DRP)

* niepotrzebne skreślić