

Miejscowość: Data:.....

Powiatowy Urząd Pracy w Sulęcinie

WNIOSEK
o refundację faktycznie poniesionych kosztów opieki nad dzieckiem/osobą zależną*
za miesiąc.....

1. DANE IDENTYFIKACYJNE WNIOSKODAWCY

Imię:

Nazwisko:

PESEL:

2. DANE ADRESOWE WNIOSKODAWCY

Kod pocztowy:

Województwo:

Gmina / Dzielnica:

Ulica:

Powiat:

Miejscowość:

Nr domu:

3. DANE KONTAKTOWE WNIOSKODAWCY

Telefon:

Adres e-mail:

4. OŚWIADCZAM, ŻE:

4.1 za okres od dnia..... do dnia..... poniosłam(em) koszty opieki nad dzieckiem / dziećmi / osobą zależną* w wysokości wskazanej w załączonym dokumencie tj. w kwociezł.

4.2 Nadal pozostaję w zatrudnieniu / uczestniczę w formie pomocy określonej w ustawie - staż, szkolenie, podjęcie zatrudnienia w ramach: prac interwencyjnych, robót publicznych, wyposażenia/doposażenia stanowiska pracy),* w

4.3 Za rozliczany okres nie uzyskałam(em) przychodu w wysokości przekraczającej minimalnego wynagrodzenie za pracę.

4.4 Liczba dni nieobecnych, nieusprawiedliwionych wyniosła

Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania PUP w Sulęcinie o wszelkich zmianach danych zawartych we wniosku. Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie nieprawdziwych danych oświadczam, że wszystkie informacje, które zawarłem w niniejszym wniosku oraz dane zamieszczone w załączonych dokumentach są zgodne z prawdą.

.....
(podpis wnioskodawcy)

Załączniki:

1. Dokument potwierdzający wysokość poniesionych kosztów opieki za wnioskowany okres.
2. Zaświadczenie o wysokości osiągniętego przychodu w danym miesiącu.

* niepotrzebne skreślić