

.....  
imię i nazwisko

....., dnia .....  
miejscowość

.....  
data urodzenia

.....  
adres zamieszkania

.....  
telefon

**Powiatowy Urząd Pracy  
w Wołominie**

**ROZLICZENIE**

za miesiąc ..... 20 ..... r.

kosztów z tytułu opieki nad dzieckiem/dziećmi do 6 roku życia, niepełnosprawnym dzieckiem/dziećmi do 7 roku życia lub osobą zależną

**do umowy nr ..... z dnia .....**

Oświadczam, że w rozliczanym okresie byłem(am) zatrudniony(a), wykonywałem(am) inną pracę zarobkową, odbywałem(am) staż, przygotowanie zawodowe, uczęszczałem(am) na szkolenie\*

Z tytułu powyższej formy aktywizacji za miesiąc .....20 ..... r. osiągnąłem(am) przychód w wysokości .....zł.

Za miesiąc ..... 20 ..... r. z tytułu opieki nad dzieckiem/dziećmi do 6 roku życia, niepełnosprawnym dzieckiem/dziećmi do 7 roku życia lub osobą zależną\* poniosłem(am) koszty zgodnie z przedstawionymi dokumentami w wysokości .....zł.

Koszty do refundacji za rozliczany okres wynoszą: .....zł.

Należną mi kwotę zwrotu kosztów proszę przekazać na nr konta

.....

Oświadczam, że jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego, który stanowi „kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”.

.....  
Data i podpis wnioskodawcy

**\* właściwe podkreślić**

Do rozliczenia należy dołączyć:

- dokument potwierdzający poniesione koszty opieki,
- listę obecności za miesiąc podlegający rozliczeniu, zatwierdzoną przez organizatora stażu, przygotowania zawodowego dorosłych, szkolenia lub pracodawcę,
- zaświadczenie o wysokości wynagrodzenia (w przypadku podjęcia zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej) lub innego przychodu osiągniętego w rozliczanym miesiącu.