

POWIATOWY URZĄD PRACY W JAWORZE
Centrum Aktywizacji Zawodowej

ul. Strzegomska 7
59-400 Jawor

ROZLICZENIE

poniesionych kosztów opieki nad dzieckiem / dziećmi lub osobą zależną

I. DANE WNIOSKODAWCY:

- Nazwisko i imię: _____
- Adres zamieszkania: _____
- Nr telefonu: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
- PESEL: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

II. INFORMACJE DO WNIOSKU:

1. W miesiącu _____ 20__ roku z tytułu opieki nad niżej wymienionym dzieckiem/ dziećmi/ osobą zależną poniosłam/em koszty opieki ¹ w wysokości ogółem : _____ zł
(słownie: _____ zł).

I.p.	Imię i nazwisko dziecka/ osoby zależnej	Data urodzenia

2. Jednocześnie oświadczam, że: /zaznaczyć właściwe/

a)

- jestem w trakcie zatrudnienia
- jestem w trakcie odbywania stażu
- jestem w trakcie szkolenia,
- odbywałam/em staż
- zakończyłam/em szkolenie,

¹ Wskazane we wniosku koszty opieki powinny być pomniejszone o otrzymane dofinansowanie od innego podmiotu niż PUP w Jaworze, jeżeli wnioskodawca takie dofinansowanie otrzymuje.

- b) poniosłem/am kosztów opieki nad dzieckiem/dziećmi, osobą zależną we wnioskowanej wysokości,
- c) nie rozwiązałem/am stosunku pracy lub stosunku służbowego bez wypowiedzenia z mojej winy,
- d) nie dokonałem/am wypowiedzenia pracy lub stosunku służbowego w miesiącu, za który ubiegam się o zwrot kosztów opieki,
- e) w miesiącu uzyskałam/em przychód z tytułu podjęcia pracy, innej pracy zarobkowej w wysokościzł miesięcznie (brutto).

3. Należną mi kwotę zwrotu kosztów opieki proszę przekazać na poniższy rachunek bankowy:

(nazwa Banku)

Nr konta

Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 k.k.² oświadczam, że dane zawarte w niniejszym rozliczeniu są zgodne z prawdą.

Jawor, dnia _____

(czytelny podpis osoby składającej rozliczenie)



Rozliczenie należy złożyć do 15 dnia roboczego każdego miesiąca, następującego po miesiącu, którego zwrot dotyczy.

III. ZAŁĄCZNIKI DO ROZLICZENIA:

Do rozliczenia należy dołączyć dokument poświadczający faktycznie poniesione koszty opieki nad dzieckiem/ dziećmi lub osobą zależną:

1. rachunek ze żłobka/ przedszkola lub innej placówki opiekuńczej **lub**
2. paragon fiskalny **lub**
3. fakturę VAT **lub**
4. wydruk przelewu z osobistego konta bankowego

² Art. 233. [Fałszywe zeznania]

§ 1. Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

IV. WYPEŁNIA URZĄD PRACY:

1. Przychód uzyskany przez Wnioskodawcę w miesiącu _____ zł.
2. Przyznano refundację za pełny miesiąc _____ w wysokości _____ zł.
3. Przyznano refundację za niepełny miesiąc _____ w wysokości _____ zł
na podstawie wyliczenia:

$$\begin{array}{ccc} \underline{\hspace{10em}} & : 30 \text{ dni} \times & \underline{\hspace{10em}} = & \underline{\hspace{10em}} \\ \text{(faktycznie poniesiony koszt opieki)} & & \text{(liczba dni kalendarzowych przypadających w okresie, za który przysługuje refundacja)} & \text{(REFUNDACJA DO WYPŁATY)} \end{array}$$

POLECENIE WYPŁATY ZE ŚRODKÓW:

- Fundusz Pracy
- Rezerwa Ministra - Program _____
- RP EFS +

(podpis i pieczęć pracownika CAZ)

- Nie przyznano refundacji z powodu _____

(podpis i pieczęć pracownika CAZ)