………………………..…………… ………………….., dnia ...........................

imię i nazwisko

………………………………..……

adres zamieszkania

**Powiatowy Urząd Pracy**

**dla Powiatu Toruńskiego w Toruniu**

**ul. Polna 115, 115a**

**87 -100 Toruń**

**ROZLICZENIE**

**kosztów poniesionych na opiekę nad dzieckiem lub osobą zależną**

W miesiącu ……………….…… poniosłem(am) koszty opieki nad dzieckiem do 6 roku życia/ dzieckiem niepełnosprawnym do 18 roku życia / osobą zależną\*

w wysokości……………………..zł.

Jednocześnie oświadczam, że: \*

* za rozliczony miesiąc uzyskałem(am) wynagrodzenie w wysokości ....................... zł **brutto**,
* nadal pozostaję w zatrudnieniu/odbywam staż/szkolenie\*,
* nie wypowiedziałem(am) umowy o pracę.

Należną kwotę refundacji proszę przekazać na moje konto:

* bez zmian
* nowy nr rachunku ………………………………………………………………………………….

\* Właściwe zaznaczyć

…………………………………

(podpis Wnioskodawcy)

Załączniki:

1. Zaświadczenie o wysokości przychodu brutto uzyskanego w rozliczanym miesiącu

2. Kopia listy obecności

3. Dokument potwierdzający poniesione koszty (potwierdzenie przelewu, faktura, rachunek,

oświadczenie opiekuna(ki) o otrzymanym wynagrodzeniu)