|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………………….. (imię i nazwisko)  ………………………………………..  (adres zamieszkania)  **…………………………………………………**  ………………………………………..  (PESEL) | Kazimierza Wielka, dnia .................................  **Powiatowy Urząd Pracy**  **w Kazimierzy Wielkiej**  **ul. Partyzantów 29**  **28-500 Kazimierza Wielka** |

**R O Z L I C Z E N I E**

**kosztów z tytułu opieki nad dzieckiem lub dziećmi do 7 roku życia/dzieckiem niepełnosprawnym do 18 roku życia/osobą zależną\***

W miesiącu .......................... 20…..... r. z tytułu opieki nad dzieckiem lub dziećmi do 7 roku życia/dzieckiem niepełnosprawnym do 18 roku życia/osobą zależną\* poniosłem(am) koszty zgodnie z przedstawionymi dokumentami w wysokości ..........................zł.

Koszty do refundacji ……………………. zł. (zgodnie z zawartą umową).

Jednocześnie oświadczam, że nadal jestem zatrudniony(a), wykonuję inną pracę zarobkową/ odbywam staż, / uczęszczam na szkolenie\*

Z tytułu powyższej formy aktywizacji w miesiącu ………………………….. 20….…. r. osiągnąłem(am) przychód w wysokości ……………………………………….

**Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**

**Potwierdzam, że informacje zawarte w niniejszym rozliczeniu odpowiadają stanowi faktycznemu i zostały podane zgodnie z prawdą.**

Należną mi kwotę zwrotu kosztów proszę przekazać na moje konto bankowe o numerze:

.....................................................................................................................................................

...........................................................

(Data i podpis wnioskodawcy)

Załączniki:

1. ……………………………………………
2. ……………………………………………

*\* właściwe podkreślić*