................................................... ………………...............................

imię i nazwisko miejscowość, data

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

adres zamieszkania, telefon

**Dyrektor**

**Powiatowego Urzędu Pracy**

**w Krośnie Odrzańskim**

1. **Rozliczenie**

**kosztów opieki nad dzieckiem do lat 7/dzieckiem niepełnosprawnym do lat 18/osobą zależną\***

**za okres od .................................... do ......................................**

Na podstawie art.146 ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia zwracam się z wnioskiem o zwrot poniesionych przeze mnie kosztów opieki nad dzieckiem / osobą zależną\*:

imię i nazwisko ............................................................ data ur. .............................. w kwocie …………………………….

imię i nazwisko ............................................................ data ur. ...............................w kwocie ……………………………..

imię i nazwisko ............................................................ data ur. ...............................w kwocie ……………………………..

Poniesiony koszt opieki w okresie od ................................ do .................................. wyniósł .................................... zł.

Oświadczam, że przychód z tytułu zatrudnienia, wykonywania innej pracy zarobkowej   
lub odbywania ……………...………………………………………......… w miesiącu …………...........… 20…... r. **przekroczył/nie przekroczył****\*** minimalnego wynagrodzenia za pracę.

..……………………………..

podpis wnioskodawcy

Załączniki:

1. dokumenty potwierdzające poniesione koszty opieki nad dzieckiem/dziećmi do 7 roku życia/osobą zależną (np. zaświadczenie o uiszczeniu opłaty, dowody wpłaty, faktury, potwierdzenia przelewu, rachunki obejmujące wnioskowany okres zwrotu);
2. zaświadczenie od pracodawcy o okresie zatrudnienia i wysokości uzyskanego przychodu.**1**

\* niepotrzebne skreślić

1 dotyczy zatrudnienia lub inne pracy zarobkowej

**II. Wypełnia pracownik Powiatowego Urzędu Pracy**

Na podstawie załączonych dokumentów stwierdza się wysokość poniesionych kosztów za miesiąc ……………………. w wysokości ………………………… zł.

Wobec powyższego zgodnie z art.146 ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia oraz umową z dnia ………..………….. przysługuje refundacja za miesiąc …………………………

w wysokości ……………..……… zł .

……………………………………………… ……………………………

miejscowość, data podpis pracownika