**Załącznik Nr 1 do Umowy**

**Załącznik nr 2 do Zasad refundacji kosztów opieki nad dzieckiem lub osobą zależną**

Suwałki, dnia ……………………….

……………………………………

 (Imię i Nazwisko Wnioskodawcy)

…………………………………… **STAROSTA SUWALSKI**

 (Adres zamieszkania)

PESEL ………………………………………… **Powiatowy Urząd Pracy**

Nr. Telefonu …………………………………… **w Suwałkach**

**ROZLICZENIE**

**faktycznie poniesionych kosztów opieki nad dzieckiem lub osobą zależną**

**w związku z podjęciem stażu**

**w miesiącu……………..……. 20…..r.**

1. Oświadczam, że koszty związane z opieką nad dzieckiem/osobą zależną\*

…………………………………………………………………………………………………………………

*/imię i nazwisko oraz PESEL dziecka /osoby zależnej/*

wynoszą .……………..……..……...…zł, *słownie:*…………………………………………………………...

1. Oświadczam, że w rozliczanym miesiącu …….…….………… 20….…. roku uzyskałem(am)przychód w wysokości …………………..zł brutto.
2. Przyznaną kwotę refundacji kosztów opieki nad dzieckiem/osobą zależną\* proszę przekazać:
* na moje konto nr…….……………………………………………………………………………….…

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych udostępnionych w niniejszym wniosku oraz załącznikach do celów związanych z rozliczeniem faktycznie poniesionych kosztów opieki nad dzieckiem lub osobą zależną oraz na potrzeby badań realizowanych lub zleconych przez Urząd
w celu monitoringu skuteczności tej formy pomocy.**

***Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych zeznań oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą na podstawie art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r.
- Kodeks karny (Dz. U. z 2018 r. poz. 1600 z późn. zm.).***

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

 (data i podpis osoby wnioskującej)

Załączniki:

* dokumenty potwierdzające faktycznie poniesione koszty z tytułu opieki nad dzieckiem za rozliczany miesiąc, np. kserokopie poniesionych opłat za żłobek, przedszkole lub inną palcówkę zajmującą się opieką nad dziećmi\*,

-zaświadczenie żłobka, przedszkola lub innej placówki zajmującej się opieką nad dziećmi o wysokości faktycznie poniesionych przez Wnioskodawcę kosztów z tytułu opieki nad dzieckiem za rozliczany miesiąc\*

* dokumenty potwierdzające faktycznie poniesione koszty z tytułu przebywania osoby zależnej
w instytucji lub placówce opiekuńczej za rozliczany miesiąc\*,

- -zaświadczenie instytucji lub placówki opiekuńczej o wysokości faktycznie poniesionych przez Wnioskodawcę kosztów z tytułu opieki nad osobą zależną za rozliczany miesiąc\*

\*niepotrzebne skreślić