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:*…………………………………………………………...

z czego wnioskuję o refundację

w wysokości……………………….., *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.**

***Wiarygodność informacji podanych we wniosku i w załączanych do niego dokumentach potwierdzam własnoręcznym podpisem. Oświadczam, że informacje zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.***

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

 (data i podpis osoby wnioskującej)

Załączniki:

* Zaświadczenie o faktycznie poniesionych kosztach z tytułu opieki nad dzieckiem
 (Załącznik nr 3)\*,
* 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