**Załącznik nr 2**

**do zasad przyznawania zwrotu kosztów opieki**

Zgorzelec, dnia ……………..……………….

………………………………………………..

(imię i nazwisko)

………………………………………………..

(adres zamieszkania)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

(PESEL)

………………………………………………..

(numer telefonu)

**ROZLICZENIE DOTYCZĄCE REFUNDACJI KOSZTÓW OPIEKI NAD DZIECKIEM / DZIEĆMI DO LAT 7 /**

**DZIECKIEM NIEPEŁNOSPRAWNYM DO LAT 18/ OSOBĄ ZALEŻNĄ\***

Wnioskuję o zwrot kosztów poniesionych z tytułu opieki nad dzieckiem / dziećmi do lat 7, dzieckiem niepełnosprawnym do lat 18 lub osobą zależną za okres od …………………….. do …………………

1. W okresie rozliczeniowym z tytułu opieki poniosłem /am koszty na niżej wymienione osoby:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię, nazwisko | Stopień pokrewieństwa | Data urodzenia | Wysokość poniesionych kosztów |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. Jednocześnie informuję, iż w miesiącu rozliczeniowym uzyskałem /am za wykonywaną pracę przychód brutto w wysokości ……………………zł (wypełnić gdy zwrot dotyczy osób, które podjęły zatrudnienie lub inną prace zarobkową).
2. Oświadczam, że w wyżej wymienionym okresie poniosłem /am koszty opieki w łącznej kwocie wynoszącej ……………………… zł.
3. Oświadczam, że w okresie za który występuję o zwrot kosztów opieki nie wystąpiły żadne okoliczności mogące mieć wpływ na przyznany zwrot kosztów opieki.
4. **Przyznaną mi kwotę zwrotu kosztów opieki** proszę przekazać na mój rachunek bankowy:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Rozliczenie dotyczące refundacji kosztów opieki należy składać do końca miesiąca**

 **następującego po miesiącu, którego dotyczy rozliczenie.**

**Wnioski nieczytelne lub niekompletne nie będą podlegały rozpatrzeniu.**

\* właściwe zaznaczyć ………………………………………..

 (czytelny podpis Wnioskodawcy)

**Załączniki:**

1. faktura lub rachunek potwierdzający poniesione koszty opieki nad dzieckiem lub osobą zależną;
2. oświadczenie wnioskodawcy o przychodzie miesięcznym z tytułu zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej za miesiąc, w  którym poniesiono koszty (Powiatowy Urząd Pracy w Zgorzelcu zastrzega sobie prawo do przedłożenia przez wnioskodawcę do wglądu zaświadczenia z zakładu pracy o przychodzie miesięcznym z tytułu wynagrodzenia lub innej pracy zarobkowej);
3. lista obecności potwierdzona przez pracodawcę lub instytucję szkoleniową za zgodność z oryginałem.

………………………………………..

 (czytelny podpis Wnioskodawcy)