…………………………………......................................................................... *Załącznik nr 1*

(imię i nazwisko)

……………………………..................................................………………… **CI.5144.** ……. **.2025**

(adres zamieszkania)

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PESEL: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Telefon:…………………………………..

**Powiatowy Urząd Pracy**

**w Jeleniej Górze**

**ROZLICZENIE**

**faktycznie poniesionych kosztów opieki nad dzieckiem/dziećmi**

**Na podstawie umowy Nr CI.5144. ………... .2025 zawartej w dniu ………………,**

zgodnie z art. 146 ustawy z dnia 20.03.2025r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz. U. z 2025r, poz.620) zwracam się z prośbą o refundację kosztów opieki nad **dzieckiem/dziećmi:**

**za miesiąc: ……………… 2025r.**

**1. Dane dziecka/dzieci:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko dziecka / osoby zależnej | Data urodzenia | Stopień pokrewieństwa | Faktyczny koszt opieki poniesiony w danym miesiącu (zł) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**2. Przyznaną kwotę refundacji proszę przekazać na rachunek bankowy\*)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nr: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**……………………….. …………………………..……………….……**

**( data ) (czytelny podpis Wnioskodawcy)**

**Załączniki:**

1. Dokumenty potwierdzające poniesione koszty z tytułu opieki nad dzieckiem/dziećmi: zaświadczenia o uiszczeniu opłaty, rachunki, faktury, dowody wpłaty za przedszkole/żłobek (oryginał).
2. Oświadczenie zawierające m.in. informację o przychodach osiągniętych z tyt. stażu lub szkolenia za miesiąc objęty refundacją.

***\*) niepotrzebne skreślić***