Załącznik nr 2
do Zasad refundacji kosztów opieki nad dzieckiem
do 7 roku życia lub dzieckiem niepełnosprawnym do 18 roku życia

..... (Imię i nazwisko)

..... (Adres zamieszkania)

..... (PESEL)

……..…, dn. ……..…… (Miejscowość)

Powiatowy Urząd Pracy
we Wrześni ul. Wojska
Polskiego 2
62-300 Września

WNIOSEK ROZLICZENIOWY dotyczący poniesionych kosztów opieki nad dzieckiem

(art. 146 ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia)

Na podstawie umowy nr …….……. zawartej dnia …….……

proszę o zwrot kosztów opieki nad dzieckiem/dziećmi poniesionych przeze mnie w m-cu ..……..……....

Lp.	Imię i nazwisko dziecka	Data urodzenia	Forma opieki	Nazwa i adres	Koszty poniesione z tytułu opieki
1.					
2.					
3.					
				RAZEM	

Kontynuuję zatrudnienie/staż* w ……..……..…….. (Nazwa Pracodawcy)

Z tytułu opieki poniosłam/em koszty w łącznej wysokości ….……...…….……zł.

Uzyskałam/em wynagrodzenie/stypendium* w wysokości ...……...…..... zł.

Rachunek bankowy do przekazania refundacji:

Pełna nazwa banku: .....…….……..…….…

Nr rachunku:

..... (Podpis wnioskodawcy)

Załączniki:

1. Aktualne zaświadczenie o pozostawaniu w zatrudnieniu oraz o uzyskanych miesięcznych przychodach za miesiąc, którego dotyczy wniosek o refundację,
2. Rachunek/faktura/zaświadczenie*, potwierdzające wysokość poniesionych kosztów z tytułu opieki nad dzieckiem/dziećmi oraz potwierdzenie płatności.

WYPEŁNIA POWIATOWY URZĄD PRACY WE WRZEŚNI

1. Przychód uzyskany przez wnioskodawcę .....
2. Przyznano refundację za okres od ……..…do ……..…… w wysokości.....
3. Uwagi ……..……..…

..... (Data i podpis pracownika PUP)

* właściwe zaznaczyć