

**Załącznik Nr 1 do wniosku
o refundację kosztów opieki**

Znak sprawy:.....

.....
(Imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....
(PESEL)

.....

.....
(adres zamieszkania)

.....
(telefon kontaktowy)

**Miejski Urząd Pracy w Kielcach
Centrum Aktywizacji Zawodowej**

Wniosek o rozliczenie kosztów opieki nad:

- dzieckiem/ dziećmi do 6 roku życia/ dzieckiem niepełnosprawnym do 7 roku życia,
- osobą zależną*

za miesiąc.....20..... roku.

1. Imię i nazwisko dziecka/ dzieci do 6 roku życia/ dziecka niepełnosprawnego do 7 roku

życia/ osoby zależnej.....

.....
2. Poniesiony koszt z tytułu opieki nad osobą/ -ami wymienionymi powyżej w w/w miesiącu
wyniósł.....

3. Przychód w miesiącu, którego refundacja dotyczy z tytułu podjęcia zatrudnienia/ innej
pracy zarobkowej/ stażu / przygotowania zawodowego dorosłych/ szkolenia* wyniósł.....

4. Kwotę refundacji proszę przekazać na wskazany numer konta bankowego.....

.....
(nazwa banku i nr konta)

** właściwe podkreślić*

Załączniki do wniosku:

1. Dokument poświadczający poniesienie kosztów opieki nad dzieckiem/ dziećmi do 6 roku życia/ dzieckiem niepełnosprawnym do 7 roku życia/ osobą zależną.

2. Zaświadczenie o przychodach osiągniętych w danym miesiącu (w przypadku podjęcia zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej).

Miejski Urząd Pracy w Kielcach zastrzega sobie prawo żądania dodatkowych dokumentów niezbędnych do weryfikacji zamieszczonych danych dotyczących rozliczenia kosztów opieki.

.....
(miejscowość i data)
(czytelny podpis wnioskodawcy)
.....

Decyzja MUP dotycząca refundacji

Sprawdził pod względem merytorycznym:

Przyznano refundację w kwocie:

Zatwierdził wypłatę :
(data i podpis pracownika Referatu
Finansowo- Księgowego)
(data i podpis Dyrektora MUP)