



# Miejski Urząd Pracy w Kielcach

ul. Szymanowskiego 6, Kielce 25-361, tel. (+48) 41-340-60-55  
fax. (+48) 41-340-60-80, kancelaria@mup.kielce.pl, www.mupkielce.praca.gov.pl



.....  
( imię i nazwisko )

.....  
( miejscowość, data )

.....  
( data urodzenia )

.....  
( nr w rejestrze MUP – wypełnia urząd )

.....  
( nr telefonu )

Miejski Urząd Pracy w Kielcach  
Centrum Aktywizacji Zawodowej

## ROZLICZENIE

**faktycznie poniesionych kosztów opieki nad dzieckiem (dziećmi) lub osobą zależną**

**Oświadczam, że w miesiącu ..... 20 ..... roku z tytułu opieki nad:\***

dzieckiem (dziećmi) do 6 roku życia

osobą zależną

dzieckiem niepełnosprawnym do 7 roku życia

**poniosłem/am koszty w wysokości:**

LP	Imię i nazwisko	Data urodzenia	Adres zamieszkania	Poniesione koszty opieki
1				
2				
3				

( dane dziecka / dzieci lub osoby zależnej )

Jednocześnie oświadczam, że uzyskane przeze mnie w rozliczonym miesiącu wynagrodzenie lub inny przychód wynosi: .....

Kwotę refundacji proszę przekazać na rachunek bankowy: .....

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

( nazwa banku i numer rachunku )

**ŚWIADOMY/A ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ ZA SKŁADANIE FAŁSZYWYCH ZEZNANÍ OŚWIADCZAM, ŻE WSZELKIE PODANE PRZEZE MNIE W NINIEJSZYM ROZLICZENIU DANE SĄ ZGODNE ZE STANEM FAKTYCZNYM**

.....  
( podpis wnioskodawcy )

### Załączniki:

- dokument poświadczający poniesienie kosztów opieki nad dzieckiem (dziećmi) do 6 roku życia, dzieckiem niepełnosprawnym do 7 roku życia lub osobą zależną
  - lista obecności za miesiąc podlegający rozliczeniu zatwierdzona przez pracodawcę/organizatora
  - zaświadczenie o przychodach osiągniętych w danym miesiącu (w przypadku podjęcia zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej)
- Urząd zastrzega sobie prawo żądania dodatkowych dokumentów niezbędnych do weryfikacji danych dotyczących rozliczenia kosztów opieki**

\* zaznaczyć właściwe

## **Decyzja MUP Kielce dotycząca zwrotu**

Sprawdził pod względem merytorycznym: .....

*( podpis pracownika merytorycznego )*

Przyznano zwrot kosztów opieki w kwocie: .....

Zatwierdził wypłatę : .....

*( data i podpis pracownika Wydziału  
Finansowo-Księgowego )*

.....

*( data i podpis Dyrektora MUP )*