Miejski Urząd Pracy w Kielcach
ul. Szymanowskiego 6, 25-361 Kielce, tel. (+48) 41-340-60-55, fax. (+48) 41- 340-60-80
kancelaria@mupkielce.praca.gov.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 rozliczanym 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 ZEZNAŃ 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)*