Kielce

MIEJSKI URZĄD PRACY w KIELCACH

# 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, mupkielce.praca.gov.pl

…… ……
*( imię i nazwisko )* *( miejscowość, data )*

…… ……
*( data urodzenia )* *( nr w rejestrze MUP – wypełnia urząd )*

……
*( nr telefonu )*

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

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

☐ dzieckiem do 7 roku życia ☐ osobą zależną

☐ dzieckiem niepełnosprawnym do 18 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: …… zł brutto.

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:***

1. Dokumenty potwierdzające poniesione koszty opieki, które wskazują wnioskodawcę i osobę objętą opieką, a także zawierają okres oraz wysokość poniesionego kosztu z tytułu opieki nad dzieckiem lub osobą zależną (np. rachunek, faktura oraz potwierdzenie dokonania płatności, tj. potwierdzenie przelewu lub zaświadczenie z placówki o dokonaniu płatności).
2. Lista obecności za miesiąc podlegający rozliczeniu zatwierdzona przez pracodawcę/organizatora.
3. Zaświadczenie o wysokości wynagrodzenia lub innego przychodu osiągniętego w rozliczanym 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 refundacji*

Sprawdził pod względem merytorycznym: ……
*( podpis pracownika merytorycznego )*

Przyznano refundację kosztów opieki w kwocie: ……

Zatwierdził wypłatę : …… ……..
*( data i podpis pracownika Wydziału Finansowo-Księgowego )* *( data i podpis Dyrektora MUP )*