



POWIATOWY URZĄD PRACY w ŻAGANIU

ul. Dworcowa 9, 68-100 Żagań, tel. / fax: (+48)(68) 477-78-39 / 477-78-40 / 377-32-75
dyrektor tel. kom. 695-605-808, z-ca dyrektora tel. kom. 695-605-809
E-mail: pupzagan@pup.zagan.pl strona internetowa: www.zagan.praca.gov.pl
www.bip.wrota.lubuskie.pl/pupzagan



_____, dn. _____

(imię i nazwisko)

(adres zamieszkania)

**Powiatowy Urząd Pracy
w Żaganiu**

Nr PESEL _____

WNIOSEK ROZLICZENIOWY dotyczący faktycznie poniesionych kosztów opieki nad osobą dzieckiem

Na podstawie art. 61 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz zawartej umowy wnioskuję o dokonanie refundacji ponoszonych przeze mnie kosztów opieki nad dzieckiem/dziećmi:

- a) imię i nazwisko _____, data ur. _____
b) imię i nazwisko _____, data ur. _____
c) imię i nazwisko _____, data ur. _____

Oświadczam, że:

1. Z dniem _____ podjęłam(ąłem) zatrudnienie/ inną pracę zarobkową¹ w firmie _____².

2. Za miesiąc _____ 20____. roku z tytułu zatrudnienia/innej pracy zarobkowej³ osiągnąłem przychód brutto w wysokości _____ zł.

3. Za okres od _____ do _____ r. z tytułu opieki nad dzieckiem/ dziećmi poniosłam(em) koszty w łącznej wysokości _____ zł.

4. W załączeniu przedkładam⁴:

- faktura/rachunek potwierdzający poniesienie kosztów opieki nad dzieckiem lub inny dokument potwierdzający poniesione koszty wraz z dowodem zapłaty, a w przypadku powierzenia opieki osobie fizycznej miesięczny raport imienny należnych i wypłaconych świadczeniach na druku ZUS RCA.
- kserokopię listy obecności bezrobotnego za dany okres potwierdzoną przez pracodawcę za zgodność z oryginałem,

¹ niewłaściwe skreślić

² należy podać nazwę pracodawcy

³ niewłaściwe skreślić

⁴ należy zaznaczyć właściwe

- zaświadczenie z zakładu pracy o przychodzie miesięcznym z tytułu wynagrodzenia lub innej pracy zarobkowej (zaświadczenie za miesiąc, w którym poniesiono koszty opieki).

(data i czytelny podpis)

.....
pieczęć zakładu pracy

....., dnia

**Zaświadczenie do refundacji kosztów opieki
nad dzieckiem/dziećmi do 6 roku życia lub dzieckiem/dziećmi
niepełnosprawnymi do 7 roku życia**

Zaświadcza się, że Pan/Pani
ur. zam.
jest zatrudniona w
od dnia do dnia
na podstawie umowy (rodzaj)
w wymiarze czasu pracy
Za miesiąc 20..... r. pracownik otrzymał wynagrodzenie brutto w
kwocie:
słownie
Zaświadczenie wydaje się w celu przedłożenia w Powiatowym Urzędzie Pracy w Żaganiu

.....
podpis i pieczęć imienna pracodawcy
lub osoby upoważnionej do wydania
zaświadczenia

Załącznik:

- 1) Lista obecności pracownika ubiegającego się o refundację za miesiąc 20.... r

POTWIERDZENIE ZAPŁATY WYNAGRODZENIA OSOBIE FIZYCZNEJ

Ja,(imię i nazwisko)

legitymująca się dowodem osobistym seria

zamieszkały (a).....

za opiekę nad:

1.....

(imię i nazwisko dziecka)

2.....

(imię i nazwisko dziecka)

w dniu za w miesiąc.....20.....r. tj. od dnia.....do

dnia..... wypłaciłam/em należną kwotę w wysokościzł

Pani/Panu.....

Potwierdzam odbiór w/w kwoty

.....

(Podpis zleceniobiorcy)

Podpis zleceniodawcy

.....

ADNOTACJE POWIATOWEGO URZĘDU PRACY

1. Dane dotyczące wniosku

Numer wniosku WNOpDzOZal/_____/_____ Wniosek kompletny tak nie

Wezwano do uzupełnienia wniosku: tak nie / Termin na uzupełnienie wniosku _____

Wniosek uzupełniono: tak, w dniu _____ nie

2. Dane dotyczące rozliczenia kosztów opieki

Źródło finansowania _____ Okres za który przysługuje refundacja _____

Umowa nr UmOpDzOZal/000/22 / _____ z dnia _____

Łączna kwota poniesionych kosztów _____

Wysokość osiągniętego przychodu _____

Wnioskodawca spełnia kryterium dochodowe / nie spełnia kryterium dochodowego⁵.

Wyliczenie zwrotu kosztów opieki nad dzieckiem w przypadku niepełnego miesiąca

_____ (kwota refundacji) / 30 x _____ (dni przysługiwania świadczenia) = _____

Inne informacje

Naliczono do wypłaty refundację kosztów opieki w wysokości _____ zł.

Data i podpis pracownika Urzędu

Wydatek zgodny z kryteriami celowości i oszczędności
Sprawdzono pod względem merytorycznym

Data..... podpis.....
Sprawdzono pod względem formalnym

Data..... podpis.....
Sprawdzono pod względem rachunkowym

Data..... podpis.....

Wydatek na kwotę:.....

Mieści się w planie finansowym

Dz.....Roz.....§..... kwota.....

Dz.....Roz.....§..... kwota.....

Dz.....Roz.....§..... kwota.....

Dz.....Roz.....§..... kwota.....

Po dokonaniu wstępnej kontroli przez Gł. Księgowego

Data..... Podpis.....
Zatwierdzam do wypłaty

Data..... Podpis.....

⁵ niewłaściwe skreślić