



## 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)

**Powiatowy Urząd Pracy  
w Żaganiu**

\_\_\_\_\_  
(adres zamieszkania)  
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) staż/przygotowanie zawodowe dorosłych<sup>1</sup> w firmie \_\_\_\_\_<sup>2/</sup>

rozpoczęłam(em) udział w szkoleniu<sup>1</sup>.

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

3. Z tytułu odbywania stażu/przygotowania zawodowego dorosłych / uczestnictwa w szkoleniu<sup>3</sup> osiągnęłam(em) przychód w wysokości \_\_\_\_\_ zł

4. W załączeniu przedkładam<sup>4</sup>:

fakturę /rachunek potwierdzający poniesienie kosztów opieki nad dzieckiem lub inny dokument potwierdzający poniesione koszty  
 dowód zapłaty, a w przypadku powierzenia opieki osobie fizycznej miesięczny raport imienny należnych i wypłaconych świadczeniach na druku ZUS RCA.

kserokopię listy obecności potwierdzającą odbywanie stażu/przygotowania zawodowego dorosłych lub udział w szkoleniu

\_\_\_\_\_  
(data i czytelny podpis)

<sup>1</sup> niewłaściwe skreślić

<sup>2</sup> należy podać

<sup>3</sup> Niewłaściwe skreślić

<sup>4</sup> należy zaznaczyć właściwe

**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 wysokości .....zł

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 \_\_\_\_\_

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.....

Wydatek w kwocie ..... zł  
Finansowany z Funduszu Pracy  
- art. 108 ust. 1 pkt ..... Ustawy o promocji  
Zatrudnienia i instytucjach rynku pracy

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