

\_\_\_\_\_, dn. (день) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(imię i nazwisko ім'я та прізвище)

**Powiatowy Urząd Pracy w Żaganiu**  
**(Повітове Бюро праці в**  
**Жагані)**

\_\_\_\_\_  
(adres zamieszkania адреса проживання)

Nr PESEL \_\_\_\_\_

**WNIOSEK ROZLICZENIOWY (ЗАЯВА НА ВІДШКОДУВАННЯ)**  
**dotyczący faktycznie poniesionych kosztów opieki nad osobą dzieckiem w ramach projektu „wsparcie cudzoziemców przez aktywizację zawodową” realizowanego w ramach konkursu ofert „razem możemy więcej – pierwsza edycja programu aktywizacyjnego dla cudzoziemców na lata 2022-2023” ogłoszonego przez ministra rodziny i polityki społecznej w ramach resortowego programu aktywizacyjnego dla cudzoziemców na lata 2022-2025 (щодо фактичних витрат на догляд за дитиною в рамках проекту «Підтримка іноземців через професійну активізацію», який realizується в рамках konkursu propozycji «Разом можемо більше – перший випуск програми активації для іноземців на 2022-2023 роки» оголошений міністром сім'ї та соціальної політики в рамках відомчої програми активації для іноземців на 2022-2025 роки)**

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 (На підставі ст. 61 Закону від 20 квітня 2004 року про сприяння працевлаштуванню та установи ринку праці та укладеного договору, я прошу відшкодування понесених мною витрат на утримання дитини/дітьми)

- a) imię i nazwisko \_\_\_\_\_, data r. \_\_\_\_\_  
(ім'я та прізвище) (дата народження)
- b) imię i nazwisko \_\_\_\_\_, data ur. \_\_\_\_\_  
(ім'я та прізвище) (дата народження)
- c) imię i nazwisko \_\_\_\_\_, data ur. \_\_\_\_\_  
(ім'я та прізвище) (дата народження)

Oświadczam, że (Я заявляю, що):

1. Z dniem (З дня) \_\_\_\_\_ podjęłam(ałem) zatrudnienie/ inną pracę zarobkową<sup>1</sup> w firmie (Я влаштувався на роботу/виконую іншу оплачувану роботу в компанії)  
\_\_\_\_\_.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> niewłaściwe skreślić (непотрібне закреслити)

<sup>2</sup> należy podać nazwę pracodawcy (слід вказати назву працедавця)

2. Za miesiąc (За місяць) \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_.roku (року) z tytułu zatrudnienia/innej pracy zarobkowej<sup>3</sup> osiągnąłem przychód brutto w wysokości (виконуючи відповідну роботу я отримав/отримала дохід брутто розміром)\_\_\_\_\_ zł.
3. Za okres od (На період від) \_\_\_\_\_ do (до)\_\_\_\_\_r. (року) z tytułu opieki nad dzieckiem/ dziećmi poniosłam(em) koszty w łącznej wysokości (Я понесла загальні витрати на догляд за дитиною / дітьми) \_\_\_\_\_ zł.
4. W załączeniu przedkładam<sup>4</sup> (До заяви додаю):
- fakturę /rachunek potwierdzający poniesienie kosztów opieki nad dzieckiem lub inny dokument potwierdzający poniesione koszty (рахунок-фактуру, що підтверджує витрати на догляд за дитиною, або інший документ, що підтверджує понесені витрати)
  - dowód zapłaty, a w przypadku powierzenia opieki osobie fizycznej miesięczny raport imienny należnych i wypłaconych świadczeniach na druku ZUS RCA. (dokument, що підтверджує сплату, a w razie dоручення догляду на фізичну особу – щомісячний звіт про належні та виплачені допомоги на бланку ZUS RCA.)
  - kserokopię listy obecności bezrobotnego za dany okres potwierdzoną przez pracodawcę za zgodność z oryginałem, (ксерокопію списку відвідування безробітного протягом даного періоду, засвідчену роботодавцем, що відповідає оригіналу)
  - zaświadczenie z zakładu pracy o przychodzie miesięcznym z tytułu wynagrodzenia lub innej pracy zarobkowej (zaświadczenie za miesiąc, w którym poniesiono koszty opieki). (довідка з місця роботи про місячний дохід від оплати праці чи іншої оплачуваної роботи (довідка за місяць, у якому були понесені витрати на догляд).)

\_\_\_\_\_  
(data i czytelny podpis дата та розбірливий підпис)

<sup>3</sup> niewłaściwe skreślić (непотрібне закреслити)

<sup>4</sup> należy zaznaczyć właściwe (слід вказати відповідне)

.....  
pieczęć zakładu pracy

....., dnia .....

**Zaświadczenie do refundacji kosztów opieki nad  
dzieckiem/dziećmi do 6 roku życia lub dzieckiem/dziećmi  
niepełnosprawnymi do 7 roku życia  
(Довідка про відшкодування витрат на догляд за  
дитиною/дітьми до 6 років або дитиною-  
інвалідом/дітиною до 7 років)**

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  
(ПІДТВЕРДЖЕННЯ ЗАРПЛАТИ ФІЗИЧНІЙ ОСОБИ)**

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 \_\_\_\_\_ z dnia \_\_\_\_\_

Łączna kwota poniesionych kosztów \_\_\_\_\_

Wysokość osiągniętego przychodu \_\_\_\_\_

Wnioskodawca spełnia kryterium dochodowe / nie spełnia kryterium dochodowego<sup>5</sup>.

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.

---

<sup>5</sup> niewłaściwe skreślić

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.....

\_\_\_\_\_

**Data i podpis pracownika Urzędu**

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

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