



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. (dzień) _____

(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 конкурсу 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 зайнятості та установи ринку праці та укладеного договору, я прошу про відшкодування понесених мною витрат на догляд за дитиною/дітьми):

- a) imię i nazwisko _____, data ur. _____
(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(ąłem) staż¹ w firmie (Я почала стажуватися в компанії) _____² /
rozpoczęłam(em) udział w szkoleniu (я почала брати участь в навчанні)¹.

¹ niewłaściwe skreślić (те що не підходить закреслити)

² należy podać (належить вказати)

2. Za okres od (на період від) _____ do (до) _____ r (року). z tytułu opieki nad dzieckiem/ dziećmi poniosłam(em) koszty w łącznej wysokości (Я оплатив/оплатила загальні витрати по догляду за дитиною/дітьми) _____ zł.

3. Z tytułu odbywania stażu/przygotowania zawodowego dorosłych / uczestnictwa w szkoleniu¹ osiągnęłam(em) przychód w wysokości (Під час стажування для дорослих / участі у навчанні я отримав/отримала дохід у розмірі) _____ zł

4. W załączeniu przedkładam² (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. (документ, що підтверджує сплату, a в разі доручення догляду на фізичну особу – щомісячний звіт про належні та виплачені допомоги на бланку ZUS RCA.)

kserokopię listy obecności potwierdzającą odbywanie stażu/przygotowania zawodowego dorosłych lub udział w szkoleniu (ксерокопію списку відвідування, що підтверджує стажування / навчання для дорослих або участь у тренінгу)

(data i czytelny podpis дата та розбірливий підпис)

¹ Niewłaściwe skreślić (те що не підходить закреслити)

² należy zaznaczyć właściwe (належить вказати)

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 _____

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