**Miejscowość:** ……………………… **Data:**….………………………

**Powiatowy Urząd Pracy w Sulęcinie**

**WNIOSEK**

**o refundację faktycznie poniesionych kosztów opieki nad dzieckiem/osobą zależną\***

 **za miesiąc……..**

**1. DANE IDENTYFIKACYJNE WNIOSKODAWCY**

**Imię:**

**Nazwisko:**

**PESEL:**

**2. DANE ADRESOWE WNIOSKODAWCY**

**Kod pocztowy:**

**Województwo:**  **Powiat:** …

**Gmina / Dzielnica:**  **Miejscowość:** ……………………………………….…..

**Ulica:** **Nr domu:** ……………………………….…………….…..

**3. DANE KONTAKTOWE WNIOSKODAWCY**

**Telefon:** **Adres e-mail:** ……………………………….…………

**4. OŚWIADCZAM, ŻE:**

* 1. za okres od dnia………………………….. do dnia………………………….. poniosłam(em) koszty opieki nad dzieckiem / dziećmi / osobą zależną\* w wysokości wskazanej w załączonym dokumencie tj. w kwocie ….…………… zł.
	2. Nadal pozostaję w zatrudnieniu / uczestniczę w formie pomocy określonej w ustawie - staż, szkolenie, podjęcie zatrudnienia w ramach: prac interwencyjnych, robót publicznych, wyposażenia/doposażenia stanowiska pracy),[[1]](#footnote-1)\* w ……………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

* 1. Za rozliczany okres nie uzyskałam(em) przychodu w wysokości przekraczającej minimalnego wynagrodzenie za pracę.
	2. Liczba dni nieobecnych, nieusprawiedliwionych wyniosła ………………………………..

Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania PUP w Sulęcinie o wszelkich zmianach danych zawartych we wniosku.

Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie nieprawdziwych danych oświadczam, że wszystkie informacje, które zawarłem w niniejszym wniosku oraz dane zamieszczone w załączonych dokumentach są zgodne z prawdą.

*(podpis wnioskodawcy)*

**Załączniki:**

1. Dokument potwierdzający wysokość poniesionych kosztów opieki za wnioskowany okres.
2. Zaświadczenie o wysokości osiągniętego przychodu w danym miesiącu.
1. \* niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-1)