

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kłodzko, dnia .........................................

|  |  |
| --- | --- |
| */imię i nazwisko/*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*/adres/*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*/PESEL/*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*/nr telefonu/* | Powiatowy Urząd Pracyw Kłodzku |

# ROZLICZENIE

**faktycznie poniesionych kosztów opieki nad dzieckiem do 7 roku życia, dzieckiem niepełnosprawnym do 18 roku życia lub osobą zależną za miesiąc \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:**

W miesiącu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20…… roku poniosłem(łam) koszty w wysokości \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zł.

Należną mi kwotę proszę przekazać na moje konto nr:

 \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

Do rozliczenia dołączam następujące załączniki (właściwe zaznaczyć):

[ ]  Faktura/rachunek z przedszkola, żłobka lub innej placówki opiekuńczej

[ ]  Zaświadczenie z przedszkola, żłobka lub innej placówki opiekuńczej

[ ]  Potwierdzenie przelewu

[ ]  Inny dokument potwierdzający poniesione koszty,

 jaki, ………………………………………………………………………

 ..........................................................

 *(podpis składającego Rozliczenie)*

**ADNOTACJE URZĘDU PRACY – WYPEŁNIA PRACOWNIK URZĘDU**

Okres refundacji: ………………………………………………………………………………

Wyliczenia:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Kwota: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Obliczył i sprawdził pod względem formalnym oraz merytorycznym:

 ……………………………………………….

 *(Data i podpis pracownika PUP)*