**Załącznik nr 2**

 **Wałcz, dnia .............................**

 **Powiatowy Urząd Pracy**

 **w Wałczu**

**WNIOSEK ROZLICZENIOWY**

**dotyczący faktycznie poniesionych kosztów opieki nad dzieckiem/dziećmi do 7 roku życia, dzieckiem niepełnosprawnym do 18 roku życia/osobą zależną**

1. **Imię i nazwisko:** ………………………………………………………….………………………
2. **Adres zamieszkania:** ……………………….……………………………………………………
3. **Nr PESEL:** ……………………………………….……

Na podstawie zawartej umowy w dniu ………………… nr …………………………………………………... zgodnie z art. 146 ustawy z dnia 20 marca 2025r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz.U. z 2025r., poz. 620) **wnioskuję o dokonanie refundacji poniesionych przeze mnie kosztów opieki nad dzieckiem/dziećmi/osobą zależną:**

1. imię i nazwisko ……………………………………….……………………………………………………………………….

data ur. ……………............. PESEL: ………………………….

 za okres od ………………….…....... do ……………………....…… w łącznej wysokości …………………..zł.

1. imię i nazwisko ……………………………………….……………………………………………………………………….

data ur. ……………............. PESEL: ………………………….

 za okres od ………………….…....... do ……………………....…… w łącznej wysokości …………………..zł.

**Jednocześnie oświadczam, że:**

1. Podjąłem/am staż od dnia ………………………………. u Organizatora stażu; ……………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………

2. Oświadczam, że nie otrzymuję dofinansowania kosztów opieki nad dzieckiem/dziećmi do lat 7, niepełnosprawnym dzieckiem/dziećmi do lat 18, osobą zależną od innego podmiotu niż Powiatowy Urząd Pracy w Wałczu.

3. Oświadczam, że zostałem/łam pouczony/a, że złożenie oświadczenia niezgodnego z prawdą lub zatajenie prawdy spowoduje obowiązek zwrotu nienależnie wypłaconych świadczeń z tytułu kosztów opieki

**Wnioskowaną kwotę proszę przekazać na rachunek płatniczy nr:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\*niepotrzebne skreślić ……………………..……………………..

 ( podpis Osoby Bezrobotnej)

**Załączniki:**

1. rachunek za przedszkole, umowę cywilno - prawną zawartą z osobą fizyczną sprawującą opiekę nad dzieckiem/osobą zależną wraz z dokumentem potwierdzającym odprowadzenie odpowiednich składek i opłat, rachunek z instytucji opiekującej się dzieckiem/osobą zależną\*

**Adnotacje Urzędu**

Wnioskodawca spełnia/nie spełnia\* warunki określone w art. 146 ustawy z dnia 20 marca 2025r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz. U. z 2025r., poz. 620).

Kwota do refundacji wynosi ……………….. zł.

Słownie: …………………………………………………………………………………………………………………………………

Wałcz, dnia ……………………….. ……………………………………….

 (podpis pracownika Urzędu)