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

( imię i nazwisko ) (*miejscowość, data)*

…………………………………………………………………

…………………………………………………………………

*( adres)*

…………………………………………………………………

*(nr telefonu)*

**WNIOSEK**

**o refundację poniesionych kosztów opieki nad dzieckiem do 7 roku życia**

Za miesiąc ………………………2018r. z tytułu opieki nad …………………………………………………………… ur. …………………………

*(imię i nazwisko dziecka)*

poniosłem/am koszty w wysokości ……………………………………………………

W miesiącu …………………………………… 2018r. osiągnęłam/em przychód\*\* w kwocie …………………………………………

\*Zwrot kosztów opieki proszę przekazać na konto bankowe

nr …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

\* Zwrot kosztów opieki odbiorę w kasie Powiatowego Urzędu Pracy.

Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań zgodnie z art. 233 §1 Kodeksu karnego, który brzmi: „Kto składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3” oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.

……………………………………………

**(czytelny podpis)**

**Załączniki:**

1. Zaświadczenie potwierdzające poniesione koszty opieki nad dzieckiem.
2. Lista obecności potwierdzona za zgodność z oryginałem.

**Wniosek o zwrot poniesionych kosztów opieki nad dzieckiem do 7 roku życia należy składać w Powiatowym Urzędzie Pracy do 5-go dnia kalendarzowego każdego miesiąca następującego po miesiącu, którego dotyczy refundacja.**

\* *odpowiednie zaznaczyć*

**\*\*przychody –** oznacza to przychody z innego tytułu niż zatrudnienie, inna praca zarobkowa, działalność gospodarcza, zasiłek lub inne świadczenie wypłacane z Funduszu Pracy, podlegające opodatkowaniu na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych