

Powiatowy Urząd Pracy  
w Wieluniu

.....  
nazwisko i imię

.....  
adres zamieszkania

**ROZLICZENIE FAKTYCZNIE PONIESIONYCH  
KOSZTÓW OPIEKI NAD DZIECKIEM/DZIEĆMI LUB OSOBĄ ZALEŻNĄ**

Oświadczam, że w miesiącu ..... 200..... roku z tytułu opieki nad dzieckiem/dziećmi/osobą  
zależną\* poniosłam/em koszty w wysokości ..... zł.

(słownie złotych: .....  
.....)

Jednocześnie oświadczam, że:

- za rozliczany miesiąc uzyskałam/am przychód w wysokości .....zł.\*\*
- nadal pozostaję w zatrudnieniu/odbywam staż/przygotowanie zawodowe dorosłych/szkolenie\*

**UWAGA!**

Rozliczenie kosztów opieki należy złożyć do 5 dnia każdego miesiąca za miesiąc poprzedni.

**Do rozliczenia dołączyć należy:**

- uwierzytelnioną kopię listy obecności wraz z zaświadczeniem od pracodawcy o wysokości osiągniętego przychodu\*\*,
- dokumenty potwierdzające poniesienie kosztów opieki nad dzieckiem/dziećmi/osobą zależną\* (rachunek/faktura, pokwitowanie zapłaty),

.....  
podpis składającego rozliczenie

\*niepotrzebne skreślić

\*\* dotyczy osób, które podjęły zatrudnienie lub inną pracę zarobkową