

....., dnia.....

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(nr telefonu)

**Powiatowy Urząd Pracy
w Ciechanowie**

R O Z L I C Z E N I E

za miesiąc:

dotyczące faktycznie poniesionych kosztów opieki nad dzieckiem lub dziećmi do lat 7 lub osobą zależną (wynikające z art.61) w związku z art. 49 pkt 5 dotyczącym bezrobotnych posiadających co najmniej jedno dziecko do 6 roku życia lub co najmniej jedno dziecko niepełnosprawne do 18 roku życia

W miesiącu 2020 r., z tytułu opieki nad dzieckiem lub dziećmi * do lat 7 lub osobą zależną

(imię i nazwisko i data urodzenia dziecka/dzieci lub osoby zależnej)

poniosłem(am)* koszty w wysokości zł., potwierdzone załączonymi dokumentami:

- 1)
- 2)
- 3)

Jednocześnie oświadczam, że:

- 1) za rozliczony miesiąc uzyskałem(am)* przychód w wysokościzł, co potwierdzam aktualnym zaświadczeniem wystawionym przez (np. Pracodawcę)
- 2) nadal pozostaję w stosunku pracy*, wykonuję inną pracę zarobkową*, odbywa staż *, odbywa przygotowanie zawodowe dorosłych *, uczestniczy w szkoleniu. *

Należną mi kwotę zwrotu kosztów, proszę:

przekazać na rachunek bankowy nr:

W

.....

data i podpis

*niepotrzebne skreślić