…………………….dnia……………….

………………………………….

(imię i nazwisko)

………………………………….

(adres zamieszkania)

………………………………….

(PESEL)

………………………………….

(nr telefonu)

**Powiatowy Urząd Pracy w Świnoujściu**

**WNIOSEK**

**rozliczeniowy dotyczący faktycznie poniesionych kosztów opieki**

**za miesiąc………………………..**

Oświadczam, że w miesiącu ………………...................

1. Nadal uczestniczę w: stażu, przygotowaniu zawodowym dorosłych, szkoleniu \*

w………………………………………………………………………………………………

( nazwa organizatora ) lub

1. Nadal pozostaję w zatrudnieniu w……………………………………………………………

( nazwa pracodawcy)

1. Poniosłam(em) koszty opieki nad dzieckiem/dziećmi/osobą zależną\* w wysokości wskazanej w załączonym zaświadczeniu/fakturze tj. w kwocie……………………………zł
2. Uzyskałam(em), nie uzyskałam(em)\* wynagrodzenie lub inny przychód w wysokości przekraczającej minimalne wynagrodzenie za pracę.
3. Za rozliczany miesiąc uzyskałam(em) wynagrodzenie w kwocie brutto………………….zł oraz nie wypowiedziałam(em) umowy o pracę\*\*
4. Liczba dni nieobecnych nieusprawiedliwionych wyniosła…. ………..dni.

Składając niniejsze oświadczenie zostałam(em) pouczona(y) o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu Karnego za składanie fałszywych zeznań: **,,Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”.**

Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Powiatowego Urzędu Pracy w Świnoujściu o wszelkich zmianach danych zawartych we wniosku.

……………………………….

(podpis wnioskodawcy)

Załączniki:

1. Rachunek (faktura) potwierdzający(a) wysokość poniesionych kosztów opieki za wnioskowany miesiąc.

2. RMUA lub inny dokument potwierdzający wysokość przychodu brutto w miesiącu rozliczeniowym\*\*

\*niewłaściwe skreślić

\*\*dotyczy osób, które podjęły zatrudnienie