



Powiatowy Urząd Pracy w Lubartowie
Centrum Aktywizacji Zawodowej
ul. Słowackiego 8, 21-100 Lubartów
tel. (81) 855-20-02, fax. 852-65-11
NIP 714-17-16-833 Regon 431199746
puplubartow.pl, e-mail: caz@puplubartow.pl



Lubartów, dn.

**Rozliczenie faktycznie poniesionych kosztów opieki nad osobą
zależną**

.....
(imię i nazwisko)

PESEL:

.....
(adres zamieszkania)

Nr telefonu

Oświadczam, że:

1) w miesiącu r. z tytułu opieki nad osobą zależną
poniosłem/am koszty w wysokości:

..... data ur. poniesiony koszt zł
/imię i nazwisko/

2) osiągnąłem/am przychód z tytułu
w wysokości:..... zł /słownie:

Należną mi kwotę zwrotu kosztów:

- odbiorę osobiście*

- proszę przelać na konto* nr

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

*niepotrzebne skreślić

Załącznik:

- 1) lista obecności na stażu/szkoleniu, lista płac, zaświadczenie o wynagrodzeniu za m- c poprzedzający złożenie rozliczenia
- 2) dokumenty potwierdzające poniesione koszty opieki, np. fakturę, rachunek lub zaświadczenie placówki zajmującej się opieką nad osobą zależną jednoznacznie wskazujące Wnioskodawcę i osobę objętą opieką, zawierające: imię i nazwisko, adres zamieszkania, określenie okresu i rodzaju opieki oraz wysokość poniesionego kosztu z tytułu opieki.

WYPEŁNIA POWIATOWY URZĄD PRACY W LUBARTOWIE

DO WYPŁATY:

AKCEPTACJA PRACOWNIKA: _____

