............................................................................ Bytów, dnia ………………………………

 (imię i nazwisko)

 ............................................................................

 (adres zamieszkania)

PESEL ………………………………………………..………………

Nr telefonu ……………………………………………………….

**Rozliczenie kosztów opieki**

W okresie od ……………………..………….….…….. do ……………………..………….….……. koszt opieki nad

**dzieckiem / osobą zależną\*\***

imię i nazwisko ……………………………………….……………………..……… data ur. …………….................................

**wyniósł ……………………………………... zł zgodnie z załączonym zaświadczeniem** ze żłobka/ przedszkola **lub dokumentem potwierdzającym poniesione koszty.**

Jednocześnie oświadczam, że za **miesiąc** …………………………………….….. 2025 r.:

- mój **przychód** brutto z tytułu zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej wyniósł ………………………….. zł.\*

- **otrzymuję / nie otrzymuję\*\*** dofinansowanie z tytułu poniesionych kosztów opieki nad dzieckiem z innego podmiotu niż Powiatowy Urząd Pracy w Bytowie.

Miesięczna kwota dofinansowania …………………..…..……………… .

Podmiot udzielający dofinansowanie ………………………………………………………………………………………………… .

……………………..……………………………

 (podpis)

W załączeniu przedkładam:

1. Zaświadczenie ze żłobka/ przedszkola.
2. Zaświadczenie o wysokości wynagrodzenia brutto za rozliczany miesiąc (w przypadku zatrudnienia).
3. Dokument potwierdzający poniesione koszty w związku z zawarciem umowy cywilnoprawnej z opiekunem dziecka (jeżeli dotyczy).
4. Dokument potwierdzający poniesione koszty opieki nad osobą zależną (jeżeli dotyczy).

\*w przypadku zatrudnienia

\*\*właściwe podkreślić