



## ROZLICZENIE

**faktycznie poniesionych kosztów opieki nad dzieckiem do 7 roku życia /  
dzieckiem niepełnosprawnym do 18 roku życia lub opieki nad osobą zależną<sup>1</sup>  
za miesiąc: ..... rok: .....**

### I. DANE WNIOSKODAWCY

- 1.1. Imię: .....
- 1.2. Nazwisko: .....
- 1.3. PESEL: .....
- 1.4. Adres zamieszkania: .....

### II. OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY

- 2.1. Oświadczam, że w miesiącu rozliczeniowym z tytułu opieki nad dzieckiem/osobą zależną ..... poniosłem/am koszty w wysokości ..... zł.  
(Imię i nazwisko)
- 2.2. Oświadczam, iż przychód miesięczny z tytułu podjęcia zatrudnienia, innej pracy zarobkowej lub skierowania do innej formy pomocy określonej w ustawie wyniósł ..... zł i nie przekracza minimalnego wynagrodzenia za pracę.
- 2.3. Należna mi refundację zwrotu kosztów proszę przekazać na rachunek płatniczy nr .....
- 2.4. Oświadczam, że moja sytuacja rodzinna i finansowa nie uległa zmianie i jest zgodna ze stanem w dniu złożenia wniosku, a w miesiącu rozliczeniowym pozostawałem/am w zatrudnieniu lub innej pracy zarobkowej, nie przerwałem/am formy pomocy.

**Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**

.....  
Czytelny podpis wnioskodawcy

.....  
Miejscowość i data

### III. DO WNIOSKU NALEŻY DOŁĄCZYĆ:

- 3.1. Dokumenty potwierdzające faktycznie poniesione wydatki za m-c, którego dotyczy refundacja.
- 3.2. Zaświadczenie potwierdzające wysokość osiąganego miesięcznie przychodu z tytułu zatrudnienia lub wykonywania innej pracy zarobkowej.

<sup>1</sup> Niepotrzebne skreślić