Załącznik nr 1

**do umowy** o refundację kosztów opieki nad dzieckiem / osobą zależną

R O Z L I C Z E N I E

**kosztów z tytułu opieki nad dzieckiem do 7 roku życia/niepełnosprawnym dzieckiem do 18 roku życia lub osobą zależną**

w **miesiącu. 20. r.**

Ja niżej podpisany/a/...................................................................................................................................

zainieszkały/a/.............................................................................................................................................

W miesiącu .......................... 20.... r. z tytułu opieki nad dzieckiem do 7 roku życia/dzieckiem niepełnosprawnym do 18 roku życia lub osobą zależną\* (imię, nazwisko PESEL)…………………………………………………………………………………………………………..poniosłem(am) koszty zgodnie z przedstawionymi dokumentami w wysokości ..........................zł.

Koszty do refundacji…………………….. zł.

Jednocześnie oświadczam, że w ww. okresie, za który przysługuje refundacja byłem zatrudniony(a), wykonywałem inną pracę zarobkową,……………………………………………………………………….

 (wpisać formę pomocy)

Z tytułu zatrudnienia / powyższej formy pomocy\*
w miesiącu………………………..osiągnąłem(am) przychód w wysokości ...

Należną mi kwotę zwrotu kosztów proszę przekazać na moje konto prowadzone przez



Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

 ………………………………………

 (data i podpis Wnioskodawcy)

\* właściwe podkreślić

Do rozliczenia należy załączyć dokumenty określone w § 2 ust.1 pkt 1 lit a-e umowy w sprawie

refundacji kosztów opieki nad dzieckiem do lat 7/ dzieckiem niepełnosprawnym do 18 roku życia lub osobą zależną.