Sochaczew, ................................

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

Imię i nazwisko

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

data urodzenia

…………………………………………….

adres zamieszkania

 **Powiatowy Urząd Pracy w Sochaczewie**

**R O Z L I C Z E N I E**

**za miesiąc.........................20…...........r.**

kosztów z tytułu opieki nad dzieckiem/dziećmi do lat 6, niepełnosprawnym dzieckiem/dziećmi do lat 7, lub osobą zależną

do umowy nr……………………….…….. z dnia…………………………………….….

Oświadczam, że w rozliczanym okresie byłem(am) zatrudniony(a), wykonywałem(am) inną pracę zarobkową, odbywałem(am) staż, przygotowanie zawodowe, uczęszczałem(am) na szkolenie\*

Z tytułu powyższej formy aktywizacji za miesiąc ……………………….20……………..…. r. osiągnąłem(am) przychód
w wysokości ……………………………………………………………………………………………………………………………………..zł.

Za miesiąc .......................... 20…....................... r. z tytułu opieki nad dzieckiem/dziećmi do lat 6, niepełnosprawnym dzieckiem/dziećmi do lat 7 lub osobą zależną\*

poniosłem(am) koszty zgodnie z przedstawionymi dokumentami w wysokości ...............................................................................................................................................................zł.

**Koszty do refundacji za rozliczany okres wynoszą:……………………………………………………………………… zł.**

**Należną mi kwotę zwrotu kosztów proszę przekazać na nr konta**

 **…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….....**

Oświadczam, że jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej wynikającej z art.233 § 1 Kodeksu karnego, który stanowi „kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”.

 **......................................................................**

 ( Data i podpis wnioskodawcy)

**\* właściwe podkreślić**