………………………………………………… Wschowa, dnia………………….

(imię i nazwisko)

………………………………………………...

(adres zamieszkania)

…………………………………………………

(telefon)

…………………………………………………

(PESEL)

**WNIOSEK**

**o refundację poniesionych kosztów opieki nad dzieckiem/ dziećmi do lat 7 lub osobą zależną\*)**

za okres: od dnia ………………… do dnia …………………………….

Dane osoby, której dotyczy refundacja (dziecka, dzieci, osoby zależnej\*):

1. Imię i nazwisko ………………………………………………………………………….

Data urodzenia ………………………………………………….……………………….

1. Imię i nazwisko ………………………………………………………………………….

Data urodzenia ………………………………………………………….……………….

\*nie potrzebne skreślić

**………………………………**

podpis wnioskodawcy

**Załączniki do wniosku :**

1. Zaświadczenie o wysokości uiszczonej opłaty za pobyt dziecka w żłobku, przedszkolu, bądź osoby zależnej w placówce opiekuńczej, dowód przelewu na konto opiekuna, potwierdzenie zgłoszenia do ZUS opiekuna.
2. Zaświadczenie o wysokości przychodu z tytułu zatrudnienia, innej pracy zarobkowej za miesiąc, za który dotyczy wniosek;
3. Kserokopia listy obecności potwierdzona za zgodność z oryginałem przez pracodawcę.

**POUCZENIE**

Wniosek należy złożyć do 14-ego dnia każdego miesiąca, następującego po miesiącu, za który poniesiono koszty opieki.