



....., dn.

WNIOSEK

o przyznanie refundacji kosztów opieki nad dzieckiem/dziećmi/osobą zależną

1. Imię i nazwisko
2. Adres zamieszkania
3. Nr PESEL

Wnioskuje o przyznanie refundacji kosztów opieki nad dzieckiem/dziećmi/osobą zależną:

1. imię i nazwiskodata ur.
2. imię i nazwiskodata ur.
3. imię i nazwiskodata ur.

w dniach:

1.(data i godziny)
2.(data i godziny)
3.(data i godziny)
4.(data i godziny)
5.(data i godziny)
6.(data i godziny)
7.(data i godziny)
8.(data i godziny)

I. Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o wysokości kwoty dofinansowania do opieki nad dzieckiem/dziećmi/osobą zależną, która wynosi 35 zł brutto za godzinę z narzutami pracodawcy.

II. Oświadczam, że jestem rodzicem/opiekunem prawnym ww. dziecka/dzieci/osoby zależnej.

III. Przyjmuję do wiadomości, że zwrot kosztów opieki nad dzieckiem może być przyznany tylko za dni i godziny wsparcia i/lub szkolenia oraz staż, w których byłam/łem obecna/y.

