

Świdwin, dnia .....

Nazwisko i imię .....

Adres .....

.....

PESEL .....

Powiatowy Urząd Pracy  
ul. Kołobrzeska 3  
78-300 Świdwin

**WNIOSEK**  
**o refundację kosztów opieki nad dzieckiem do 7 roku życia**  
**lub osobą zależną**

Proszę o refundację kosztów opieki nad dzieckiem do lat 7 / osobą zależną\*:

Informuję, że:\*

1. Podjąłem(am) zatrudnienie/ inna pracę zarobkową.
2. Zostałem(am) skierowany(a) na staż/ przygotowanie zawodowe dorosłych/ szkolenie

Do wniosku dołączam:

- akt urodzenia dziecka ( dotyczy opieki nad dzieckiem),
- orzeczenie o niepełnosprawności oraz dokument potwierdzający stopień pokrewieństwa lub powinowactwa ( dotyczy opieki nad osoba zależną ),
- rachunki dokumentujące poniesione koszty,
- w przypadku zatrudnienia – umowa o pracę, umowa cywilno-prawna.

.....  
podpis wnioskodawcy

\*niepotrzebne skreślić