Załącznik nr 2

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

(Imię i Nazwisko)

…………………………………..…………

…………………………………..…………

(Adres)

**WNIOSEK ROZLICZENIOWY**

**o zwrot kosztów opieki nad dzieckiem/dziećmi do lat 7, niepełnosprawnym dzieckiem/dziećmi do lat 18 lub osobą zależną**

Na podstawie art. 146 ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (tekst jedn. Dz.U. z 2025 r. poz. 620) oraz zgodnie z zawartą dnia………………. umową   
nr ………………………. zwracam się z prośbą o zwrot kosztów opieki nad dzieckiem\*/dziećmi\*   
lub osobą zależną\* za miesiąc …………………. 20……… r.

Refundacja kosztów opieki dotyczy :

………………………………………..…….ur. ......................................

…………………………………………..….ur. ......................................

…………………………………………..….ur. ......................................

…………………………………………..….ur. ......................................

……………………………………………

(data i podpis wnioskodawcy

\* niepotrzebne skreślić

**Załączniki:**

1. **Oświadczenie** osoby ubiegającej się o refundację – potwierdzające wysokość miesięcznego przychodu, kosztów opieki przez osobę wychowującą dziecko/dzieci do lat 7, niepełnosprawne dziecko/dzieci do lat 18 lub osobę zależną (Załącznik 3).
2. Dokumenty potwierdzające faktycznie poniesione koszty opieki nad dzieckiem/dziećmi   
   lub osobą zależną.

**Wniosek za dany miesiąc wraz z załącznikami należy dostarczyć najpóźniej do 10-go dnia następnego miesiąca.**