Załącznik nr 2

.....
(Imię i Nazwisko)

……..……
(Adres)

Wniosek

o zwrot kosztów opieki nad dzieckiem/dziećmi do lat 6, niepełnosprawnym dzieckiem/dziećmi do lat 7 lub osobą zależną

Na podstawie art. 61 ust. 1 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jedn. Dz.U. z 2024 r. poz. 475 z późn. zm.) oraz zgodnie z zawartą dnia …….. umową PZ.643 …..……... zwracam się z prośbą o zwrot kosztów opieki nad dzieckiem/dziećmi do lat 6, niepełnosprawnym dzieckiem/dziećmi do lat 7 lub osobą zależną * za miesiąc: ……..…… r.

Koszt opieki za miesiąc ……..……..r. wynosił ……..……

Refundacja kosztów opieki dotyczy:

……ur. .....

……ur. .....

……ur. .....

Refundację kosztów proszę przekazać na nr konta:

……..……
(data i podpis wnioskodawcy)

*** niepotrzebne skreślić**