

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(adres zameldowania)

.....  
(nr telefonu)

.....  
(PESEL)

**Powiatowy Urząd Pracy  
w Piasecznie  
ul. Czajewicza 2/4  
05-500 Piaseczno**

**Rozliczenie faktycznie poniesionych kosztów opieki nad dzieckiem do 6 roku życia lub dzieckiem niepełnosprawnym do 7 roku życia lub osobą zależną\*  
za miesiąc ..... 2024 r.**

Oświadczam, że :

1. w miesiącu rozliczeniowym z tytułu opieki poniosłem/am koszty opieki nad dzieckiem do 6 roku życia lub dzieckiem niepełnosprawnym do 7 roku życia lub osobą zależną\* w wysokości .....zł
2. jestem osobą wychowującą n/w dziecko / opiekującą się osobą zależną\*:

Lp.	Imię i nazwisko	PESEL	Stopień pokrewieństwa

3. Przychód w w/w miesiącu wyniósł: ..... zł.

4. Nazwa banku i numer rachunku .....

.....  
(data i podpis)

\* *niepotrzebne skreślić*

**Załączniki:**

1. zaświadczenie o przychodach (np. stypendium),
2. dokumenty potwierdzające poniesione koszty opieki.