Limanowa, dnia ..................................

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

 /imię i nazwisko/

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

 /adres zamieszkania/

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

 /kod pocztowy/

..........................................

**Powiatowy Urząd Pracy**

**w Limanowej**

W związku ze złożonym wnioskiem o zwrot kosztów opieki nad dzieckiem/ dziećmi do lat 6, niepełnosprawnym dzieckiem/ dziećmi do lat 7, osobą zależną:

1. ……………………………………………………………………….

( Imię i nazwisko dziecka, data urodzenia, PESEL)

1. ……………………………………………………………………….

( Imię i nazwisko dziecka, data urodzenia, PESEL)

oświadczam, że:

* Koszt opieki wynosić będzie ……………………. zł. miesięcznie.
* Nie otrzymuję dofinansowania kosztów opieki nad dzieckiem/ dziećmi do lat 6, niepełnosprawnym dzieckiem/ dziećmi do lat 7, osobą zależną od innego podmiotu niż Powiatowy Urząd Pracy w Limanowej.
* Otrzymuję dofinansowanie kosztów opieki nad dzieckiem/ dziećmi do lat 6, niepełnosprawnym dzieckiem/ dziećmi do lat 7, osobą zależną od innego podmiotu niż Powiatowy Urząd Pracy w Limanowej, tj.:

 ……………………………………………………………………….…………………….……

(nazwa podmiotu)

w wysokości …………… zł. na podstawie …………………………………………………….

* **Zobowiązuje się niezwłocznie, jednak nie później niż do 7 dni do zawiadomienia o każdej zmianie mającej wpływ na uprawnienia do ww. refundacji.**
* **Potwierdzam, że dane zawarte we wniosku oraz treść oświadczenia są zgodne z prawdą.**

 …………………………………….

 (czytelny podpis wnioskodawcy)