Goleniów, dnia ..........................................

**Powiatowy Urząd Pracy**

**w Goleniowie**

 **WNIOSEK**

**o przyznanie refundacji kosztów opieki nad dzieckiem /dziećmi/ do 6 roku życia lub niepełnosprawnym dzieckiem do 7 roku życia/ osobą zależną**

1. **Imię i nazwisko**………………………………………………….…………………………………………..………..
2. **Adres zamieszkania** ………….……………………………………………………………………………..........
3. **Nr PESEL** ……………………………………….……
4. **Nr telefonu** …………………………..……..…… **e-mail** …………………..……..…………………………........

**Zgodnie z art. 61 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, w związku z podjęciem w dniu** ………….……………...…….…..… **zatrudnienia, innej pracy zarobkowej, stażu, przygotowania zawodowego dorosłych, szkolenia\***

na okres od ……………………………………… do ……………………………………………………………….. w (nazwa pracodawcy/jednostki szkolącej ) ….…………………………………….…………………………

**wnioskuję o przyznanie refundacji kosztów opieki nad dzieckiem/ osobą zależną:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko dziecka/ osoby zależnej** | **Data urodzenia** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**na okres od** ………………………………… **do** ………………………………………

**Należną kwotę refundacji kosztów opieki jw. proszę przekazywać na poniższy rachunek bankowy:**

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

***Oświadczam, że jestem osobą***

* ***wychowującą co najmniej jedno dziecko do 6 roku życia***
* ***wychowującą dziecko niepełnosprawne do 7 roku życia***
* ***sprawującą opiekę nad osobą zależną\****

***Zobowiązuję się do przedstawiania co miesiąc kopii listy płac z potwierdzeniem odbioru wynagrodzenia lub***

***potwierdzenia przelewu bankowego z wynagrodzeniem za danym miesiąc\*\*, a także dokumentów potwierdzających faktycznie poniesione koszty opieki nad dzieckiem/dziećmi****.*

***Zobowiązuję się niezwłocznie poinformować Urząd o fakcie przerwania zatrudnienia, przygotowania zawodowego, stażu, szkolenia\* bądź o zaistnieniu innych okoliczności powodujących utratę statusu bezrobotnego w trakcie odbywania przeze mnie przygotowania zawodowego, stażu, szkolenia\*, lub innych okolicznościach powodujących utratę prawa do ww. świadczenia****.*

***Oświadczam, że na dziecko/dzieci****,* ***na które ubiegam się o refundację kosztów opieki nad dzieckiem nie jest pobierana w tym lub innym urzędzie pracy wyżej wymieniona refundacja.***

***Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych znajdujących się w niniejszym kwestionariuszu do celów związanych z rozpatrzeniem mojego wniosku i na potrzeby badań realizowanych lub zleconych przez Urząd
w celu monitoringu skuteczności tej formy pomocy.***

***Prawdziwość oświadczeń i informacji zawartych we wniosku stwierdzam własnoręcznym podpisem. Oświadczam, że zostałem (-łam) pouczony(a), że za złożenie oświadczenia niezgodnego z prawdą lub zatajenie prawdy grozi kara pozbawienia wolności na podstawie art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks karny.***

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

 (miejscowość, data) (czytelny podpis Wnioskodawcy)

**Załączniki:**

1. dokument potwierdzający podjęcie zatrudnienia, innej pracy zarobkowej (umowę o pracę, umowę cywilnoprawną\*\*
2. odpis aktu urodzenia dziecka bądź dowodu osobistego dziecka- do wglądu.
3. orzeczenie o stopniu niepełnosprawności dziecka (jeżeli dotyczy) lub osoby zależnej potwierdzające, że osoba zależna wymaga stałej opieki ze względu na stan zdrowia lub wiek;
4. umowę lub zaświadczenie o uczęszczaniu dziecka do żłobka lub przedszkola (ze wskazaniem daty przyjęcia dziecka do placówki) lub zaświadczenie o przebywaniu osoby zależnej w instytucji lub placówce opiekuńczej z zaznaczeniem, od kiedy przebywa w ww. placówce lub z innej instytucji zajmującej się opieką albo umowę cywilnoprawną z opiekunem, który nie jest spokrewniony z zleceniodawcą ani z dzieckiem zleceniodawcy (dotyczy następujących stopni pokrewieństwa: rodzic, babcia, dziadek, rodzeństwo) i którzy nie zamieszkują pod tym samym adresem (wraz z potwierdzeniem zgłoszenia opiekuna do ubezpieczeń społecznych w ZUS i raportem RCA);
5. dokument potwierdzający stopień pokrewieństwa lub powinowactwa wnioskodawcy z osobą zależną. (jeśli dotyczy)

**Urząd zastrzega sobie prawo żądania dodatkowych dokumentów uprawdopodobniających prawo do otrzymania refundacji kosztów opieki nad dzieckiem.**

 \* zakreślić odpowiednie

\*\* nie dotyczy stażu, przygotowania zawodowego dorosłych, szkolenia.

**Adnotacje pracownika Urzędu**

Pan/i ………………………………………………………… jest /był/a zarejestrowany/a
w Powiatowym Urzędzie Pracy w Goleniowie od dnia ….………………….. i podjął/jęła zatrudnienie, inną pracę zarobkową, został/a skierowana na staż, przygotowanie zawodowe dorosłych, szkolenie na okres od ……..…………….…... do ………..……..………………..

Miesięczny przychód z tytułu podjętego zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej wynosi ................................. zł.

Wnioskodawca **spełnia** kryterium dochodowe **/ nie spełnia** kryterium dochodowego.

..………………………………………

 data i podpis pracownika