**POWIATOWY URZĄD PRACY W GOLENIOWIE**

**WNIOSEK**

**o przyznanie refundacji kosztów opieki nad dzieckiem /dziećmi/ do 7 roku życia lub niepełnosprawnym dzieckiem do 18 roku życia/osobą zależną**

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

Zgodnie z art. 146 ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia, w związku z podjęciem w dniu zatrudnienia, innej pracy zarobkowej, skierowania do innej formy pomocy\* na okres od……………..do.......................... w ( nazwa pracodawcy/jednostki szkolącej) ……………………………………………

wnioskuję o przyznanie r**efundac**j**i kosztów opieki nad dzieckiem/ osobą zależną:**

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

na okres od .............. do .......................... w wysokości…………………………………….. zł miesięcznie.

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

## …………………………………………………………………………………………………………………………………

***Oświadczam,*** że ***jestem osobą***

* ***wychowującą co najmniej jedno dziecko do*** **7** ***roku życia***
* ***wychowującą dziecko niepełnosprawne do 18 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/osobą zależną.***

***Zobowiązuję się niezwłocznie poinformować Urząd o fakcie przerwania zatrudnienia, innej formy pomocy do której zostałam/łem skierowany lub innych okolicznościach powodujących utratę prawa do ww. świadczenia.***

***Oświadczam, że na dziecko/dzieci/osobę zależną, na które ubiegam się o refundację kosztów opieki 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.***

 …………………………..  **………………………………………**

 ***(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 – **do wglądu**;
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;
5. dokument potwierdzający stopień pokrewieństwa lub powinowactwa wnioskodawcy z osobą zależną, (jeśli dotyczy)

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

\* zakreślić odpowiednie

\*\* nie innej formy pomocy udzielonej przez Urząd

## 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 inną formę pomocy 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