*Załącznik nr 1 do zasad*

Kolbuszowa, dnia …………………..

**Starosta Kolbuszowski**

**Powiatowy Urząd Pracy**

**w Kolbuszowej**

**WNIOSEK**

**o refundację kosztów opieki nad dzieckiem (dziećmi) do lat 6, niepełnosprawnym dzieckiem (dziećmi) do 7 roku życia lub osobą zależną**

Podstawa prawna: art. 61 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t. j. Dz. U. z 2025 r. poz. 214 z późn. zm.)

1. Imię i nazwisko Wnioskodawcy …………………………………………………………………..
2. Adres zamieszkania ……………………………………………………………………………….
3. Adres do korespondencji ………………………………………………………………………….
4. Numer PESEL: …………………………………….... Numer telefonu …………………………
5. Seria i numer dowodu osobistego ……………....….. wydany przez ………………………....

data wydania ……………………….………

1. Nr rachunku bankowego Wnioskodawcy:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

W związku z podjęciem od dnia .………………….…………... do dnia ……..…………..............

zatrudnienia, innej pracy zarobkowej, stażu, przygotowania zawodowego dorosłych, szkolenia\* (\*niepotrzebne skreślić)

w ………………….………………………………………..……………………………………………

(nazwa zakładu pracy, jednostki w której realizowany jest staż, przygotowanie zawodowe dorosłych, jednostki szkoleniowej)

**wnioskuję o przyznanie refundacji kosztów opieki** nad (właściwe zaznaczyć x):

dzieckiem (dziećmi) do lat 6

niepełnosprawnym dzieckiem (dziećmi) do 7 roku życia

osobą zależną

|  |  |
| --- | --- |
|  | Imię i nazwisko ……………………………………………………………………………….  data urodzenia …………………………… PESEL ………………………………………..  Miejsce sprawowania opieki ………………………………………………………………..  (nazwa i adres żłobka / przedszkola / placówki opiekuńczej) |
|  | Imię i nazwisko ……………………………………………………………………………….  data urodzenia …………………………… PESEL ………………………………………..  Miejsce sprawowania opieki ………………………………………………………………..  (nazwa i adres żłobka / przedszkola / placówki opiekuńczej) |
|  | Imię i nazwisko ……………………………………………………………………………….  data urodzenia …………………………… PESEL ………………………………………..  Miejsce sprawowania opieki ………………………………………………………………..  (nazwa i adres żłobka / przedszkola / placówki opiekuńczej) |

**od dnia ……................................ do dnia ……................................** (maksymalnie 6 miesięcy, a w przypadku skierowania na staż, przygotowanie zawodowe dorosłych, szkolenie na czas tej aktywizacji) w łącznej wysokości ..……………………. zł.

**Oświadczam, że** (właściwe zaznaczyć x):

1. **spełniam /  nie spełniam** warunki określone w art. 61 wyżej cytowanej ustawy,
2. **zapoznałem/am się /  nie zapoznałem/am się** z zasadami refundacji kosztów opieki nad dzieckiem (dziećmi) do lat 6, niepełnosprawnym dzieckiem (dziećmi) do 7 roku życia lub osobą zależną,
3. **zapoznałem/am się /  nie zapoznałem/am się** z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych, umieszczoną na stronie internetowej Powiatowego Urzędu Pracy w Kolbuszowej [kolbuszowa.praca.gov.pl](http://www.kolbuszowa.praca.gov.pl) w zakładce „Dokumenty do pobrania – refundacja kosztów opieki nad dzieckiem lub osobą zależną”.

……………………………………

(podpis wnioskodawcy)

**Załączniki:**

1. potwierdzona za zgodność z oryginałem kserokopia aktu urodzenia dziecka (dzieci),
2. potwierdzona za zgodność z oryginałem kserokopia umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej (umowa zlecenie, umowa o dzieło) lub umowy agencyjnej, w przypadku podjęcia zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej,
3. potwierdzona za zgodność z oryginałem kserokopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności dziecka (dzieci), w przypadku posiadania niepełnosprawnego dziecka (dzieci) do 7 roku życia,
4. potwierdzona za zgodność z oryginałem kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności lub zaświadczenie lekarskie, że osoba wymaga stałej opieki oraz dokument potwierdzający stopień pokrewieństwa lub powinowactwa w przypadku opieki nad osobą zależną,
5. oświadczenie o skierowaniu do odbycia stażu, szkolenia, przygotowania zawodowego dla dorosłych.

***Wszystkie kserokopie załączników powinny być potwierdzone za zgodność z oryginałem. Czynności te wykonuje wnioskodawca ubiegający się o zwrot kosztów. Czynność potwierdzenia za zgodność z oryginałem polega na sporządzeniu na każdej stronie kserokopii adnotacji o treści: „Za zgodność z oryginałem”, data i czytelny podpis osoby poświadczającej.***

**ADNOTACJA PRACOWNIKA MERYTORYCZNEGO:**

|  |
| --- |
| Wniosek został zweryfikowany i  **jest zgodny /  nie jest zgodny** z obowiązującymi przepisami prawnymi oraz regulacjami wewnętrznymi.  **Kwalifikuję /  nie kwalifikuję do dalszej realizacji.**  ………………………………………  (data i podpis pracownika  weryfikującego wniosek)  Uwagi: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

**STANOWISKO DYREKTORA POWIATOWEGO URZĘDU PRACY:**

|  |
| --- |
| **Wyrażam zgodę /  nie wyrażam zgody** na zawarcie umowy o refundację kosztów opieki nad dzieckiem (dziećmi) do lat 6, niepełnosprawnym dzieckiem (dziećmi) do 7 roku życia lub osobą zależną dla ………….…….. dziecka/dzieci/osoby zależnej z refundacją przez okres od ……………………… do ……………………… .  …………………………………………..……  (data, podpis i pieczątka Dyrektora PUP) |