Załącznik Nr 1 do Zarządzenia Nr 7 /2025

Dyrektora PUP w Jędrzejowie

z dnia 21 stycznia 2025

Jędrzejów, dnia……………………………….

**WNIOSEK**

**o dokonanie refundacji kosztów opieki nad dzieckiem/dziećmi lub osobą zależną**

Podstawa prawna: art. 61 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach runku pracy  
(tekst jednolity Dz. U. z 2024, poz. 475 z późn.zm.)

1. Imię i nazwisko Wnioskodawcy ………………………………………………………………………………………………………………

2. Adres zamieszkania ………………………………………………………………………………………………………………

3. Numer PESEL …………………………………..Numer telefonu………………………………………

4. Nazwa banku oraz nr rachunku bankowego Wnioskodawcy: ……………………………………………………………………………………………………………... \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_- \_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_

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

zatrudnienia, innej pracy zarobkowej, stażu lub szkolenia\*\*

w ……………………………………………………………………………………………………………

/ nazwa zakładu pracy, jednostki w której realizowany jest staż, jednostki szkoleniowej/

**Wnioskuję o przyznanie refundacji kosztów opieki nad dzieckiem (dziećmi) do lat 6 lub niepełnosprawnym dzieckiem (dziećmi) do lat 7\***

1. Imię i nazwisko…………………………………………………………………………………………...

Data urodzenia………………………………..PESEL…………………………………………………..

Miejsce sprawowania opieki…………………………………………………………………………………

/adres żłobka, przedszkola lub innej placówki opiekuńczo-wychowawczej/

2.Imię i nazwisko……………………………………………………………………………………………

Data urodzenia……………………………………PESEL…………………………………………………

Miejsce sprawowania opieki…………………………………………………………………………………

/adres żłobka, przedszkola lub innej placówki opiekuńczo-wychowawczej/

3.Imię i nazwisko…………………………………………………………………………………………… Data urodzenia…………………………………………PESEL……………………………………………..

Miejsce sprawowania opieki…………………………………………………………………………………

/adres żłobka, przedszkola lub innej placówki opiekuńczo-wychowawczej

**Wnioskuję o przyznanie refundacji kosztów opieki nad osobą zależną**

1.Imię i nazwisko……………………………………………………………………………………………

Data urodzenia……………………………………PESEL………………………………………………….

Miejsce sprawowania opieki…………………………………………………………………………………

/adres placówki świadczącej opiekę nad osobą zależną/

Miesięczny koszt opieki nad dzieckiem/dziećmi lub osobą zależną wynosi …………………zł w związku z tym wnioskuję o przyznanie refundacji do wysokości …………..…………zł.

Jednocześnie oświadczam, że za wykonywaną pracę będę uzyskiwał/a przychód brutto w wysokości ………………..…………zł miesięcznie\*\*\*

\*Niepotrzebne skreślić

\*\* właściwe podkreślić

\*\*\* nie dotyczy osób skierowanych na staż, przygotowanie zawodowe dorosłych lub szkolenie

**Oświadczam, że spełniam warunki określone w art. 61 wyżej cytowanej ustawy.**

**Oświadczam, że zapoznałam/em się z zasadami refundacji kosztów opieki nad dzieckiem (dziećmi) do lat 6 lub niepełnosprawnym dzieckiem (dziećmi) do 7 lat oraz przyjmuję do wiadomości, że zasady refundacji kosztów opieki nad dzieckiem (dziećmi) zostaną określone w zawartej umowie.**

……….……………………..……………

(podpis Wnioskodawcy)

Załączniki:

*- w przypadku ubiegania się o refundację kosztów opieki na dzieckiem/dziećmi*

1. Kserokopia aktu urodzenia dziecka (dzieci)
2. Kserokopia umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej (umowa zlecenie, umowa o dzieło) w przypadku podjęcia zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej,
3. Kserokopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności dziecka (dzieci), w przypadku posiadania niepełnosprawnego dziecka (dzieci) do 7 lat,
4. Kserokopia dokumentu potwierdzającego pobyt dziecka w żłobku, przedszkolu lub innej placówce opiekuńczo-wychowawczej.

*- w przypadku ubiegania się o refundację kosztów opieki nad osobą zależną*

1. Kserokopia umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej (umowa zlecenie, umowa o dzieło) w przypadku podjęcia zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej,
2. Zaświadczenie o przebywaniu osoby zależnej w instytucji lub placówce lub placówce (z zaznaczeniem od kiedy) lub innej instytucji zajmującej się opieką bądź umowę o pracę, umowę cywilnoprawną zawartą z osobą fizyczną.
3. Kopię orzeczenia o niepełnosprawności osoby zależnej (oryginał do wglądu) lub zaświadczenie lekarskie potwierdzające, że osoba zależna wymaga ze względu na stan zdrowia lub wiek stałej opieki.
4. Oświadczenie o stopniu pokrewieństwa wnioskodawcy z osobą zależną.

***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.***