



**Powiatowy
Urząd Pracy
w Kłobucku**

Kłobuck, dnia.....

**Wniosek
o przyznanie refundacji kosztów opieki nad dzieckiem (dziećmi) do lat 7
lub osobą zależną**

na zasadach określonych w art. 61 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia
i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2025 r., poz. 214 z późn. zm.)

1. Imię i nazwisko Wnioskodawcy.....

2. Adres zamieszkania.....

3. Numer PESEL.....

Wnioskuje o przyznanie refundacji kosztów opieki nad:

☐ dzieckiem (dziećmi) do lat 6:

1. Imię i nazwisko

Data urodzenia.....

2. Imię i nazwisko

Data urodzenia.....

☐ niepełnosprawnym dzieckiem do lat 7:

1. Imię i nazwisko

Data urodzenia.....

Stopień niepełnosprawności.....

Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności wydano na okres od.....do.....

☐ osobą zależną*:

1. Imię i nazwisko

Data urodzenia.....Stopień pokrewieństwa lub powinowactwa.....

w związku z podjęciem od dnia.....do dnia.....zatrudnienia,
innej pracy zarobkowej, stażu, przygotowania zawodowego dorosłych, szkolenia**

W.....
(nazwa i siedziba pracodawcy)

Jednocześnie oświadczam, że zgodnie z zawartą umową będę uzyskiwał(a) za wykonywaną pracę wynagrodzenie w wysokości zł brutto miesięcznie.

* osoba zależna – oznacza to osobę wymagającą ze względu na stan zdrowia lub wiek stałej opieki, połączoną więzami rodzinnymi lub powinowactwem z osobą objętą usługami lub instrumentami rynku pracy lub pozostającą z nią we wspólnym gospodarstwie domowym

Oświadczenie

Oświadczam, że dane oraz informacje zawarte w niniejszym wniosku i załączonych do niego dokumentach są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym i prawnym oraz jestem świadomy odpowiedzialności prawnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Zobowiązuję się niezwłocznie poinformować tut. Urząd o fakcie przerwania zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej, stażu, przygotowania zawodowego dorosłych, szkolenia bądź zaistnieniu innych okoliczności powodujących utratę statusu bezrobotnego lub zmieniające wysokość uzyskiwanego przychodu oraz o wszelkich zmianach danych zawartych we wniosku i załącznikach.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Powiatowy Urząd Pracy w Kłobucku danych osobowych podanych we wniosku o przyznanie refundacji kosztów opieki nad dzieckiem (dziećmi) do lat 7 lub osobą zależną.

[] TAK [] NIE

Klauzula informacyjna – KOSZTY OPIEKI

Wypełniając obowiązek prawny uregulowany zapisami art. 13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016 r.), dalej jako „RODO”, Powiatowy Urząd Pracy w Kłobucku informuje, iż:

1. Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest **Powiatowy Urząd Pracy w Kłobucku**, ul. Długosza 114, 42-100 Kłobuck. Administrującym danymi osobowymi w imieniu PUP w Kłobucku jest Dyrektor PUP w Kłobucku - tel. kontaktowy 343174400, e-mail kakl@praca.gov.pl.
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych - iod@pup.klobuck.pl.
3. Pana/Pani dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji ustawowych zadań urzędu wynikających z ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust.2 lit. g RODO.
4. Odbiorcami Pana/Pani danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
5. Pana/Pani dane osobowe przechowywane będą w czasie określonym przepisami prawa, zgodnie z rozporządzeniem z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych oraz instrukcją kancelaryjną i Jednolitym Rzeczowym

Wykazem Akt PUP Kłobuck, chyba, że odrębne przepisy przewidują dłuższy okres przechowywania.

6. Posiada Pan/Pani prawo żądania od Administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, prawo do przenoszenia danych.
7. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych - jeśli zdaniem Pana/Pani, przetwarzanie Pana/Pani danych osobowych narusza przepisy unijnego rozporządzenia RODO
8. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest warunkiem zawarcia umowy. W przypadku nie podania danych zawarcie umowy nie będzie możliwe.
9. Pana/Pani dane osobowe mogą być przekazywane do państwa trzeciego lub do organizacji międzynarodowej.
10. Pana/Pani dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanym procesom podejmowania decyzji, w tym profilowaniu, przez Administratora danych osobowych.

.....
(data i czytelny podpis Wnioskodawcy)

ADNOTACJE PRACOWNIKA PUP:

Pani/Pan.....
jest/była** zarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy w Kłobucku od dnia.....do dnia.....i od dnia..... podjęła zatrudnienie lub inną pracę zarobkową, została skierowana na staż, przygotowanie zawodowe dorosłych, szkolenie** na okres od dnia.....do dnia.....
Przychód miesięczny w związku z podjęciem zatrudnienia zgodnie z załączoną umową wynosi.....
Zweryfikowano datę urodzenia dziecka.
Zweryfikowano orzeczenie o stopniu niepełnosprawności dziecka.
Wnioskodawca spełnia warunki/nie spełnia warunków do uzyskania refundacji.**

.....
(data i podpis pracownika PUP)

**niepotrzebne skreślić

Załączniki:

- 1.kserokopia umowy w przypadku podjęcia zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej,
- 2.akt urodzenia dziecka (do wglądu),
- 3 orzeczenie o stopniu niepełnosprawności dziecka (dzieci), w przypadku posiadania niepełnosprawnego dziecka (dzieci) do lat 7 (do wglądu),
- 4.dokument potwierdzający pobyt dziecka (dzieci) w żłobku, przedszkolu lub innej placówce opiekuńczo-wychowawczej,
5. zaświadczenie o przebywaniu osoby zależnej w instytucji zajmującej się opieką lub placówce opiekuńczej z zaznaczeniem, od kiedy przebywa w w/w placówce,
6. kserokopię umowy zawartej z osobą fizyczną w zakresie sprawowania opieki nad dzieckiem (dziećmi), osobą zależną oraz potwierdzenie zgłoszenia osoby do ZUS (do wglądu),
7. orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności osoby zależnej lub innego dokumentu potwierdzającego, że osoba zależna wymaga ze względu na stan zdrowia lub wiek stałej opieki (do wglądu),
8. oświadczenie o stopniu pokrewieństwa lub powinowactwa wnioskodawcy z osobą zależną lub pozostawanie z nim we wspólnym gospodarstwie domowym,

Po pozytywnym rozpatrzeniu wniosku Wnioskodawca zobowiązany jest dostarczyć kserokopię dokumentu potwierdzającego nazwę banku i numer konta – dane są niezbędne do zawarcia umowy.