Choszczno, dnia …………….....

 Powiatowy Urząd Pracy

w Choszcznie

**WNIOSEK**

**o refundację kosztów opieki nad dzieckiem do lat 7, dzieckiem niepełnosprawnym do 18 roku życia lub osobą zależną.**
na podstawie art. 146 ust. 1 lub ust. 5 ustawy z dnia 20 marca 2025r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia

( Dz.U. z 2025r. poz. 620 ) .

1. Imię i nazwisko wnioskodawcy…………………………………………………………………….
2. Adres zamieszkania ………………………………………………………………………………..
3. Numer PESEL: ……………………………… . Numer telefonu……………………………..
4. Nr konta bankowego wnioskodawcy: \_\_\_ -\_\_\_\_\_\_ -\_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_
5. Dane osoby, której dotyczy refundacja (dziecka/osoby zależnej\*):
6. imię i nazwisko………………………………………………………………………….
7. data urodzenia……………………………PESEL………………………………………

W związku z podjęciem od dnia …………………… zatrudnienia, innej pracy zarobkowej, stażu, szkolenia\* do dnia…………………, wnioskuję o przyznanie refundacji kosztów opieki nad dzieckiem/dziećmi/osobą zależną\*……………………..……………….

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

(imię i nazwisko)

od dnia………...... na okres…………miesięcy (do 6 miesięcy) w przypadku zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej w wysokości………………………zł.

Oświadczam, że:

* spełniam warunki określone w art. 146. ust.1 lub ust.5 wyżej wymienionej ustawy,
* podjęłam(em) zatrudnienie, inną pracę zarobkową, odbywam staż, szkolenie\*,
* osiągany przeze mnie miesięczny dochód z tytułu zatrudnienia, innej pracy zarobkowej, odbywania stażu, , szkolenia nie przekracza minimalnego wynagrodzenia za pracę.

 Załączniki:

1. akt urodzenia dziecka do wglądu,
2. zaświadczenie o uczęszczaniu dziecka do żłobka, przedszkola, bądź umowa cywilnoprawna z osobą fizyczną o sprawowanie opieki nad dzieckiem,
3. w przypadku opieki nad dzieckiem niepełnosprawnym, orzeczenie o stopniu niepełnosprawności dziecka do wglądu,
4. w przypadku zatrudnienia, innej pracy zarobkowej - umowa o pracę, umowa cywilnoprawna, agencyjna
5. zaświadczenie o przebywaniu osoby zależnej w instytucji lub placówce opiekuńczej z zaznaczeniem, od kiedy przebywa w w/w placówce lub z innej instytucji zajmującej się opieką lub kopia umowy cywilnoprawnej zawartej z osobą fizyczną,
6. orzeczenie o stopniu niepełnosprawności osoby zależnej lub zaświadczenie lekarskiepotwierdzające, że osoba zależna wymaga ze względu na stan zdrowia lub wiek stałej opieki do wglądu,
7. dokument o stopniu pokrewieństwa lub powinowactwa wnioskodawcy z osobą zależną.

………………………………………..

(podpis wnioskodawcy)

\*niepotrzebne skreślić