Załącznik nr 1

**Wałcz, dnia ………………**

**Powiatowy Urząd Pracy**

**w Wałczu**

**WNIOSEK**

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

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

Na podstawie art.146 ustawy z dnia 20 marca 2025r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia zwracam się z prośbą o refundowanie przez okres od……………………….. do…………………. ponoszonych przeze mnie kosztów opieki nad dzieckiem/dziećmi do 7 roku życia lub dzieckiem /dziećmi niepełnosprawnymi do 18 roku życia lub nad osobą zależną \*.

Wnioskuję, o przyznanie refundacji kosztów opieki za:

∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟………………………………………………………………………

**PESEL** data urodzenia (imię nazwisko dziecka /dzieci lub osoby zależnej)

∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟∟………………………………………………………………………

**PESEL** data urodzenia (imię nazwisko dziecka /dzieci lub osoby zależnej)

Oświadczam, że podjęłam/podjąłem staż:

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

(nazwa i adres Organizatora stażu)

Forma opieki, z której będzie korzystać dziecko/dzieci, osoba zależna\*

1. …………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………

(żłobek, przedszkole, opiekunka, instytucja)

Koszt opieki wynosić będzie …………………………….. zł miesięcznie.

2. …………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………

(żłobek, przedszkole, opiekunka, instytucja)

Koszt opieki wynosić będzie …………………………….. zł miesięcznie.

Oświadczam, że jestem/nie jestem\* osobą samotnie wychowującą dziecko/dzieci do 7 roku życia dziecko/dzieci niepełnosprawne do 18 roku życia, w rozumieniu przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych.

Oświadczam, że jestem osobą sprawującą opiekę nad osobą zależną\*

Oświadczam, że korzystam/nie korzystam z programu Program „MALUCH+” 2022-2029\*

Refundację kosztu opieki nad dzieckiem/dziećmi, osobą zależną\* proszę przekazać na rachunek płatniczy nr : \_\_\_ -\_\_\_\_\_\_ -\_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_ .

Oświadczam, że nie ubiegam/ubiegam się\* w innej instytucji o dofinansowanie kosztów opieki nad dzieckiem do 7 roku życia / dzieckiem niepełnosprawnym do 18 roku życia lub opieki nad osobą zależną,

Oświadczam, żedane zawarte w niniejszym wniosku, załączonych oświadczeniach i załącznikach są zgodne z prawdą i stanem faktycznym na dzień składania wniosku.

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych oświadczeń.

Wiarygodność danych wyszczególnionych we wniosku potwierdzam własnoręcznym podpisem.

**…..………………………………………**

**( podpis Osoby Bezrobotnej)**

**\*właściwe zakreślić**

**Załączniki:**

1. Kserokopia umowy z podmiotem sprawującym opiekę nad dzieckiem lub osobą zależną (żłobek/przedszkole/inna instytucja).
2. Zaświadczenie o uczęszczaniu dziecka/dzieci do żłobka, przedszkola lub innej instytucji zajmującej się opieką nad dziećmi;
3. Uwierzytelniona kserokopia decyzji ZUS o uznaniu za osobę niezdolną do samodzielnej egzystencji (wypis z treści orzeczenia lekarza orzecznika ZUS).
4. Kserokopia aktu urodzenia dziecka lub dzieci,
5. Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności dziecka lub dzieci w przypadku posiadania dziecka lub dzieci niepełnosprawnych do 18 roku życia,

**W przypadku opieki nad osobą zależną:**

1. Potwierdzona za zgodność z oryginałem kserokopia umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej (umowa zlecenie, umowa odzieło) lub umowy agencyjnej\*, z osobą fizyczną o sprawowanie opieki nad dzieckiem / dziećmi wraz z oświadczeniem osoby fizycznej.

2. Orzeczenie o niepełnosprawności oraz dokument potwierdzający stopień pokrewieństwa lub powinowactwa,

3. Oświadczenie o skierowaniu do odbycia stażu, szkolenia, przygotowania zawodowego dla dorosłych,

**UWAGA!**

Bezrobotnemu posiadającemu co najmniej jedno dziecko w wieku do 7 roku życia/dziecko niepełnosprawne do 18 roku życia lub bezrobotnemu opiekującemu się osobą zależną\*, urząd pracy może, po udokumentowaniu poniesionych kosztów, refundować koszty opieki nad dzieckiem do 7 lat, dzieckiem niepełnosprawnym do 18 roku życialubopieki nad osobą zależną, w wysokości uzgodnionej, nie wyższej jednak niż połowa zasiłku dla bezrobotnych na każde dziecko.

Refundacje, przysługują od dnia rozpoczęcia formy pomocy określonej w ustawie lub pracy nie wcześniej jednak niż od dnia złożenia wniosku.

Refundacja przysługuje pod warunkiem nieprzekroczenia wysokości miesięcznego przychodu w wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę.

Podstawą wypłaty refundacji jest dostarczane co miesiąc rozliczenie poniesionych kosztów opieki nad dzieckiem/osobą zależną oraz oświadczenie o osiąganych przychodach.

Refundacja nie przysługuje w przypadku przerwania formy pomocy określonej w ustawie, rozwiązania stosunku pracy, przekroczenia kryterium dochodowego. Przychody należy dokumentować za każdy kolejny miesiąc.

Refundacja kosztów opieki przysługuje na okres odbywania formy pomocy określonej w ustawie. W przypadku podjęcia zatrudnienia przez bezrobotnego refundacja przysługuje na okres do 6 miesięcy.

**Adnotacje pracownika Urzędu:**

Pan/i ………………………………………………… jest/był/a zarejestrowana w Powiatowym Urzędzie pracy w Wałczu jako osoba bezrobotna od dnia ……………………… do dnia **nadal** i od dnia …………………………….. został/a skierowana na staż, na okres od ……………………………. do …………………………….

Wałcz, dnia ……………………………. ………………………………………

(podpis pracownika Urzędu)

**Decyzja Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy w Wałczu:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

……………………………………

(podpis Dyrektora Urzędu)