Załącznik Nr 1

do Regulaminu

w sprawie refundacji

kosztów opieki nad dzieckiem (…)

Strzelce Kraj. ,dnia...…………………..

 **Powiatowy Urząd Pracy**

 **w Strzelcach Kraj.**

**WNIOSEK**

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

1. Imię i nazwisko...........................................................................................................
2. Nr PESEL................................................... Nr telefonu.............................................
3. Adres zamieszkania……………………………………………………………….......

Zgodnie z art. 61 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t. j. Dz. U. z 2016 r., poz. 645 z późn. zm.), w związku z podjęciem w dniu.................................... zatrudnienia, innej pracy zarobkowej, stażu, przygotowania zawodowego, szkolenia \*) na okres od.................................. do..............................................

w ( nazwa pracodawcy/ jednostki szkolącej)................................................................................

......................................................................................................................................................

**wnioskuję** o przyznanie refundacji kosztów opieki nad dzieckiem/ dziećmi\*) lub osobą zależną\*):

1. Imię i nazwisko.............................................................. data urodzenia...........................
2. Imię i nazwisko...............................................................data urodzenia..........................
3. .........................................................................................................................................

na okres od ............................. do............................... w wysokości: ..................zł miesięcznie.

**Należną kwotę refundacji kosztów opieki proszę przekazywać na rachunek bankowy**:

.......................................................................................................................................................

Świadomy(a), iż zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy , zgodnie z art. 233 § 1Kodeksu karnego podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8, jako Wnioskodawca oświadczam że:

* miesięczny przychód z tytułu zatrudnienia / wykonywania innej pracy zarobkowej \*) nie przekracza minimalnego wynagrodzenia za pracę,
* w przypadku przerwania zatrudnienia/ innej pracy zarobkowej/ stażu/ przygotowania zawodowego dorosłych/ szkolenia \*) zobowiązuję się niezwłocznie poinformować pisemnie o tym fakcie tut. Urząd

............................................... ........................................................

 ( miejscowość, data) ( czytelny podpis Wnioskodawcy)

\*) niepotrzebne skreślić

**Załączniki do wniosku:**

1. **w przypadku opieki nad dzieckiem/ dziećmi:**
* kserokopia umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej ( umowa zlecenie, umowa o dzieło) lub umowy agencyjnej,
* kserokopia aktu urodzenia dziecka lub dzieci,
* dokument potwierdzający niepełnosprawność dziecka – jeśli dotyczy,
* zaświadczenie potwierdzające uczęszczanie dziecka do żłobka, przedszkola lub innej instytucji zajmującej się opieką nad dziećmi lub kserokopia umowy zawartej z nianią/ opiekunką,
* oryginał rachunku ( faktury) potwierdzające wysokość poniesionych kosztów z tytułu opieki nad dzieckiem. ( ewentualnie zaświadczenie o wysokości ponoszonych kosztów z tytułu opieki)
1. **w przypadku opieki nad osobą zależną:**
* stosowna umowa potwierdzająca ponoszenie kosztów opieki nad osobą zależną**,**
* dokument poświadczający stan zdrowia osoby zależnej ze wskazaniem o konieczności zapewnienia stałej opieki ( orzeczenie lekarza orzecznika ZUS stwierdzające całkowitą niezdolność do pracy i niezdolność do samodzielnej egzystencji lub orzeczenie o niepełnosprawności wydane przez Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności),
* dokument poświadczający stopień pokrewieństwa lub powinowactwa z osobą zależną lub oświadczenie o pozostawaniu z nią we wspólnym gospodarstwie domowym,
* kserokopia umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej ( umowa zlecenie, umowa o dzieło) umowa agencyjna.

**Uwaga:**

1. Maksymalny okres refundacji wynosi 6 miesięcy, a w przypadku osób skierowanych na staż, przygotowanie zawodowe dorosłych lub szkolenie- przez okres odbywania stażu, przygotowania zawodowego dorosłych lub szkolenia.
2. Kwota refundacji nie może przekroczyć połowy zasiłku dla bezrobotnych.
3. W przypadku poniesienia kosztów opieki za niepełny miesiąc wysokość refundacji ustala się proporcjonalnie tj. dzieląc kwotę poniesionych kosztów przez 30 i mnożąc przez liczbę dni kalendarzowych przypadających w okresie, za który refundacja przysługuje.
4. O uwzględnieniu lub odmowie uwzględnienia wniosku Urząd informuje Wnioskodawcę w terminie 30 dni od dnia złożenia wniosku wraz z załącznikami.
5. **Adnotacja pracownika Urzędu:**

Pan/i...................................................................................................... jest/ była zarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy w Strzelcach Kraj. od dnia ........................do dnia ............................

i od dnia ................................ podjął/ęła zatrudnienie, inną pracę zarobkową\*) , został/a skierowana na staż, przygotowanie zawodowe dorosłych, szkolenie na okres od............................................. do................................. Miesięczny przychód z tytułu podjęcia zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej wynosi................................ zł.

Wnioskodawca **spełnia** kryterium dochodowe/ **nie spełnia** kryterium dochodowego.

 .........................................................

 data i podpis pracownika

 **DECYZJA DYREKTORA POWIATOWEGO URZĘDU PRACY:**

Po rozpatrzeniu wniosku **przyznaję / nie przyznaję** wnioskodawcy refundację kosztów opieki nad dzieckiem/ dziećmi do lat 7/ osobą zależną\*

 ............................................................

 data i podpis