

Koszalin, dnia.....

Powiatowy Urząd Pracy w Koszalinie**WNIOSEK**

o zawarcie umowy o przyznanie refundacji kosztów opieki nad dzieckiem (dziećmi) do lat 7 /osobą niepełnosprawną do 18 roku życia / osobą zależną* na okres odbywania innej formy pomocy lub przez okres trwania zatrudnienia, innej pracy zarobkowej, nie dłużej jednak niż 6 miesięcy.

Imię i nazwisko.....

Pesel(w przypadku braku nr pesel -data urodzenia wnioskodawcy).....

Adres zamieszkania.....

Nr telefonu,email.....

Zostałam/łem **zatrudniona/ny** lub przyjęta/ty na **inną formę pomocy**.

Nazwa i siedziba pracodawcy/jednostki szkolącej.....

Wnioskuje o przyznanie refundacji kosztów opieki nad dzieckiem /dziećmi lub osobą zależną:

1.Nazwisko i Imię.....

Pesel (w przypadku braku nr pesel-data urodzenia dziecka).....

Wysokość poniesionych kosztów opieki za pobyt i wyżywienie wynosi.....zł miesięcznie.

2.Nazwisko i Imię.....

Pesel (w przypadku braku nr pesel - data urodzenia).....

Wysokość poniesionych kosztów opieki za pobyt i wyżywienie wynosi.....zł miesięcznie.

Należną mi kwotę refundacji w/w kosztów proszę przekazać na poniższy rachunek bankowy:

Nazwa banku.....

Nr rachunku.....

*niepotrzebne skreślić

Załączniki do wniosku:

- 1.Kserokopia umowy z podmiotem sprawującym opiekę nad dzieckiem lub osobą zależną (żłobek, przedszkole, inna instytucja) lub zaświadczenie z placówki opiekuńczej, o uczęszczaniu dziecka, dzieci do danej placówki, w danym roku szkolnym.
- 2.Odpis aktu urodzenia dziecka (kserokopię).
- 3.Orzeczenie o niepełnosprawności dziecka/ci w przypadku posiadania dziecka/ci niepełnosprawnego do 18 roku życia (kserokopię)
- 4.Dokument potwierdzający podjęcie zatrudnienia (kopię umowy o pracę , umowy cywilnoprawnej)
- 5.W przypadku opieki nad osobą zależną dokument potwierdzający sprawowanie stałej opieki nad osobą ze względu na jej stan zdrowia lub wiek oraz dokument potwierdzający pokrewieństwo, lub pozostawaniu we wspólnym gospodarstwie domowym.

Oświadczenie wnioskodawcy:

1. Oświadczam, że zapoznałam(em) się z treścią Zasad refundacji kosztów opieki nad dzieckiem (dziećmi) lub osobą zależną obowiązujących w PUP w Koszalinie.
2. Zostałam(em) poinformowany, iż warunkiem refundacji kosztów opieki jest osiąganie miesięcznie przychodów nieprzekraczających minimalnego wynagrodzenia z tytułu zatrudnienia, innej pracy zarobkowej, innej formy pomocy.
3. Zobowiązuję się niezwłocznie, jednak nie później niż w ciągu siedmiu dni poinformować Powiatowy Urząd Pracy w Koszalinie o fakcie:

- przerwania zatrudnienia, innej formy pomocy bądź o zaistnieniu innych okoliczności powodujących utratę statusu bezrobotnego lub innych okolicznościach powodujących utratę prawa do refundacji poniesionych kosztów.

4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb rozpatrzenia wniosku o przyznanie refundacji z tytułu kosztów opieki nad dzieckiem lub dziećmi lub osobą zależną zgodnie z *Rozporządzeniem 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*.
5. Jestem świadoma(y) odpowiedzialności karnej za złożenie nieprawdziwych oświadczeń.

.....
(data i podpis wnioskodawcy)

Wypełnia PUP.....

Nr wnioskuZUS U2 sprawdzono

Forma pomocy : inna forma pomocy, zatrudnienie, inna praca zarobkowa.*

Forma opieki nad dzieckiem.....

Przyznano/ nie przyznano* refundację opieki nad dzieckiem/dziećmi (uzasadnienie przyznania lub odmowy).....

Okres refundacji.....

uwagi

.....
(data i podpis)

*niepotrzebne skreślić.