

.....
(imię i nazwisko)

CI.5143.2018

.....
(adres zamieszkania)

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Telefon:.....

**Powiatowy Urząd Pracy
w Jeleniej Górze**

**WNIOSEK O PRYZNANIE REFUNDACJI KOSZTÓW
OPIEKI NAD DZIECKIEM/ DZIEĆMI DO LAT 6, DZIECKIEM NIEPEŁNOSPRAWNYM DO 18
ROKU ŻYCIA *)**

Na podstawie art. 61 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jednolity Dz. U. z 2017 poz. 1065 z późn. zm.), w związku z podjęciem **od dnia** **stażu / szkolenia*)** w:

.....
(nazwa organizatora stażu lub jednostki szkolącej)

wniosuję o refundację kosztów opieki nad:

- dzieckiem / dziećmi :*)

.....
(imię i nazwisko dziecka / dzieci, data urodzenia, nr aktu urodzenia)

.....
(imię i nazwisko dziecka / dzieci, data urodzenia, nr aktu urodzenia)

Oświadczam, że:

1. Sprawuję opiekę nad **dzieckiem/ dziećmi do lat 6, dzieckiem niepełnosprawnym do 18 roku życia *)**
2. Zostałem/am skierowany/a na: **staż / szkolenie *)** w:
.....
(nazwa i adres Organizatora / jednostki szkoleniowej)
3. Przyjmuję do wiadomości, że refundacja kosztów opieki nad dzieckiem/ dziećmi **nie przysługuje** w przypadku:
 - osiągnięcia z tytułu stażu/ szkolenia miesięcznych przychodów przekraczających minimalne wynagrodzenie za pracę,
 - przerwania stażu lub szkolenia.

4. W przypadku zawarcia umowy o zwrot kosztów opieki należną mi kwotę proszę przekazać:

na mój rachunek bankowy *)

Nr:

odbiorę osobiście w kasie Powiatowego Urzędu Pracy w Jeleniej Górze *)

W załączeniu przedkładam dokumenty potwierdzające sprawowanie opieki:

- kopię aktu urodzenia dziecka/dzieci, *)
- orzeczenie o niepełnosprawności dziecka/ dzieci, *)

Zobowiązuję się w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku i podpisania umowy do składania co miesiąc rozliczenia faktycznie poniesionych kosztów wraz z następującymi dokumentami:

- zaświadczenie o uiszczeniu opłaty, dowody wpłaty, rachunki, faktury za przedszkole, żłobek (oryginały) oraz
- oświadczenie o przychodach osiągniętych z tyt. stażu/ szkolenia za miesiąc objęty refundacją.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis Wnioskodawcy)

*) - **niepotrzebne skreślić**