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

(imię i nazwisko)

……………………………..................................................………………… **CI.5143.** ……. **.2024**

(adres zamieszkania)

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PESEL: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Telefon:…………………………………..

**Powiatowy Urząd Pracy**

**w Jeleniej Górze**

**WNIOSEK O PRZYZNANIE REFUNDACJI KOSZTÓW**

**OPIEKI NAD DZIECKIEM/ DZIEĆMI DO LAT 7**

Na podstawie art. 61 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia   
i instytucjach rynku pracy (t.j. Dz. U. z 2023 poz. 735 z późn. zm.), w związku   
z podjęciem **od dnia** .................................................. **stażu / szkolenia\*)** w:

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

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

**wnioskuję o refundację kosztów opieki nad:**

- dzieckiem / dziećmi :**\*)**

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

**(imię i nazwisko dziecka / dzieci, data urodzenia)**

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

**(imię i nazwisko dziecka / dzieci, data urodzenia)**

**Świadomy/a odpowiedzialności karnej z art.270 §1 i art. 286 §1 kodeksu karnego**

**oświadczam, że:**

1. sprawuję opiekę nad **dzieckiem/ dziećmi do lat 6, dzieckiem niepełnosprawnym do 18 roku życia \*)**
2. sprawuje opiekę nad dzieckiem/ dziećmi których wniosek o refundację dotyczy\*),
3. zostałem/am skierowany/a na: **staż / szkolenie** **\*)** w:

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

**(nazwa i adres Organizatora / jednostki szkoleniowej)**

1. Przyjmuję do wiadomości, że refundacja kosztów opieki nad dzieckiem/ dziećmi **nie przysługuje** w przypadku:

* osiągania z tytułu stażu/ szkolenia miesięcznych przychodów przekraczających minimalne wynagrodzenie za pracę,
* przerwania stażu lub szkolenia.

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

**na mój rachunek bankowy \*)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nr: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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 osiąganych z tyt. stażu/ szkolenia za miesiąc objęty refundacją.

**……………………….. …………………………..……………….……**

**( data ) (czytelny podpis Wnioskodawcy)**

***\*) - niepotrzebne skreślić***