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

 (imię i nazwisko)

……………………………..................................................………………… **CI.5143.** ……. **.2025**

 (adres zamieszkania)

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

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

Telefon:…………………………………..

 **Powiatowy Urząd Pracy**

 **w Jeleniej Górze**

**WNIOSEK O PRZYZNANIE REFUNDACJI KOSZTÓW**

**OPIEKI NAD DZIECKIEM/DZIEĆMI \*)**

Na podstawie art. 146 ustawy z dnia 20 marca 2025r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz. U. z 2025 poz. 620), w związku z podjęciem **od dnia** ..................................................

STAŻU SZKOLENIA INNE ........................................................................

 *(wpisać jakie)*

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

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

1. **wnioskuję o refundację kosztów opieki nad:**

dzieckiem/dziećmi \*) do lat 7:

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

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

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

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

dziecka niepełnosprawnego do lat 18 \*) :

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

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

1. Świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, oświadczam, że:
2. sprawuje opiekę nad dzieckiem/dziećmi których wniosek o refundację dotyczy,
3. miejsce sprawowania opieki nad dzieckiem/dziećmi to:

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

**(nazwa i adres żłobka/ przedszkola)**

1. miesięczny koszt opieki nad dzieckiem/dziećmi wynosi ………………… zł.
2. Przyjmuję do wiadomości, że refundacja kosztów opieki nad dzieckiem/dziećmi:

1) **przysługuje:**

- na dziecko do 7 roku życia, a w przypadku dziecka niepełnosprawnego – do 18 roku życia,

- maksymalnie przez okres do 6 miesięcy lub przez okres odbywania formy wsparcia (staż/szkolenie)

2) **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*

Informacja:

Zgodnie z art. 73 ust. 4 ww. ustawy korzystający z form pomocy określonych w ustawie mają możliwość dokonania anonimowej ewaluacji w zakresie satysfakcji, jakości i trafności zaoferowanej pomocy.