

Koszalin, dnia.....

Powiatowy Urząd Pracy w Koszalinie**WNIOSEK**

o zawarcie umowy o przyznanie refundacji kosztów opieki nad dzieckiem (dziećmi) do lat 7/ dzieckiem (dziećmi) niepełnosprawnym (ymi) do 18 roku życia lub osobą zależną*.

Imię i nazwisko

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

Adres zamieszkania

Nr telefonu, e-mail

Zostałam/łem przyjęta/ty na formę pomocy: **staż/prace społecznie użyteczne/ zostałem zatrudniona/ny/ wykonuję inną pracę zarobkową***

Nazwa i adres organizatora formy pomocy/pracodawcy

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

1.Nazwisko i imię

Pesel (w przypadku braku nr pesel - data urodzenia)

Wysokość kosztów opieki za pobyt i wyżywienie wynosizł miesięcznie.

2.Nazwisko i imię.....

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

Wysokość ponoszonych kosztów opieki za pobyt i wyżywienie wynosizł 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 uzyskania refundacji kosztów opieki jest osiągnięcie miesięcznie przychodów nieprzekraczających minimalnego wynagrodzenia za pracę.
3. Zobowiązuję się niezwłocznie, jednak nie później niż w ciągu siedmiu dni, poinformować Powiatowy Urząd Pracy w Koszalinie o:
 - przerwaniu zatrudnienia, innej pracy zarobkowej lub innej formy pomocy,
 - zaistnieniu okoliczności powodujących utratę statusu bezrobotnego (w przypadku osób, których dotyczy),
 - wszelkich 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 wniosku..... ZUS U2 sprawdzono

Forma pomocy: zatrudnienie, inna praca zarobkowa, inna forma pomocy :staż, prace społecznie użyteczne, inna.....*

Forma opieki nad dzieckiem

Przyznano/ nie przyznano* refundację kosztów z powodu

Okres refundacji

Uwagi

.....
(data i podpis pracownika)