

.....
(imię i nazwisko)

.....
(miejsowość, data)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(PESEL)

**Powiatowy Urząd Pracy
w Siemianowicach Śląskich
ul. Wyzwolenia 17
41-103 Siemianowice Śląskie**

**Wniosek o przyznanie refundacji kosztów opieki nad dzieckiem lub dziećmi do lat 7
/ osobą zależną***

Zgodnie z art. 61 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tj. Dz. U. z 2024 r. poz. 475) proszę o refundację kosztów opieki nad dzieckiem lub dziećmi do lat 7 / osobą zależną* w związku z:

- z podjęciem zatrudnienia / innej pracy zarobkowej*
- skierowaniem na staż / przygotowanie zawodowe dorosłych/ szkolenie*

w okresie od dnia do dnia w

.....
(nazwa i adres zakładu pracy / jednostki szkoleniowej)

Jestem osobą wychowującą dziecko lub dzieci do lat 6, a w przypadku niepełnosprawności dziecka lub dzieci do lat 7:*

1)
(imię i nazwisko, data urodzenia dziecka)

2)
(imię i nazwisko, data urodzenia dziecka)

Sprawuję opiekę nad osobą zależną:*

.....
(imię i nazwisko, data urodzenia, stopień pokrewieństwa, powinowactwa)

Maksymalny miesięczny koszt opieki wynosi złotych.

.....
(podpis wnioskodawcy)

Załączniki:

1. Potwierdzona za zgodność z oryginałem kserokopia umowy o pracę (w przypadku podjęcia zatrudnienia) lub potwierdzona za zgodność z oryginałem kserokopia umowy cywilno-prawnej (np. umowa zlecenie, umowa o dzieło, itp. - w przypadku podjęcia innej pracy zarobkowej) - jednorazowo przy wniosku składanym po raz pierwszy (dotyczy osób ubiegających się o refundację kosztów opieki nad dzieckiem do lat 7 lub osobą zależną).
2. Kserokopię aktu urodzenia dziecka (dzieci) - jednorazowo przy wniosku składanym po raz pierwszy (dotyczy osób ubiegających się o refundację kosztów opieki nad dzieckiem do lat 7).
3. Orzeczenie o niepełnosprawności lub zaświadczenie lekarskie potwierdzające konieczność sprawowania opieki nad osobą zależną (dotyczy osób ubiegających się o refundację kosztów opieki nad osobą zależną).

* niepotrzebne skreślić

.....
(miejscowość, data)

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres)

.....
(PESEL)

**Powiatowy Urząd Pracy
w Siemianowicach Śląskich
ul. Wyzwolenia 17
41-103 Siemianowice Śląskie**

Wniosek o refundację kosztów opieki nad dzieckiem lub dziećmi do lat 7 / osobą zależną*

Zgodnie z art. 61 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tj. Dz. U. z 2024 r. poz. 475) proszę o refundację kosztów opieki nad dzieckiem lub dziećmi do lat 7/osobą zależną* za miesiąc.....

Koszt opieki w miesiącu..... wyniósł..... złotych

Przyznaną kwotę refundacji proszę przekazywać na rachunek bankowy numer

.....
prowadzony przez

.....
(podpis wnioskodawcy)

Załączniki:*

1. Dokumenty potwierdzające poniesione koszty z tytułu opieki na dzieckiem lub osobą zależną np. rachunki za przedszkole, umowy cywilno-prawne z osobami fizycznymi sprawującymi opiekę nad dzieckiem lub dziećmi lub osobą zależną (dotyczy osób ubiegających się o refundację kosztów opieki nad dzieckiem do lat 7 lub osobą zależną).

* niepotrzebne skreślić