

.....
(miejscowość, data)

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(PESEL)

.....
(pozycja rejestru zgłoszeń)

**POWIATOWY URZĄD PRACY
UL. WYZWOLENIA 17
41-103 SIEMIANOWICE ŚLĄSKIE**

WNIOSK

O PRYZNANIE REFUNDACJI KOSZTÓW OPIEKI NAD DZIECKIEM LUB DZIEĆMI DO LAT 7 / DZIECKIEM LUB DZIEĆMI Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ DO LAT 18 / OSOBĄ ZALEŻNĄ*

Zgodnie z art. 146 ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (tj. Dz. U. z 2025 r. poz. 620 z późn.zm.) proszę o refundację kosztów opieki nad dzieckiem lub dziećmi do lat 7 / dzieckiem lub dziećmi z niepełnosprawnością do lat 18 / osobą zależną* w związku:

- z podjęciem zatrudnienia / innej pracy zarobkowej*
- ze skierowaniem do innej formy pomocy* tj. (np. staż, szkolenie, prace interwencyjne, itp.).....

w okresie od dnia..... do dnia..... w

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

Jestem osobą wychowującą dziecko lub dzieci do lat 7/dziecko lub dzieci z niepełnosprawnością do lat 18*

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)

* **niepotrzebne skreślić**

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.
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 lub dzieckiem niepełnosprawnym do lat 18).
3. Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności jednorazowo przy wniosku składanym po raz pierwszy (dotyczy osób ubiegających się o refundację kosztów opieki nad dzieckiem niepełnosprawnym do lat 18).
4. Orzeczenie o niepełnosprawności lub zaświadczenie lekarskie potwierdzające konieczność sprawowania opieki nad osobą zależną (dotyczy osób ubiegających się o refundację kosztów opieki nad osobą zależną).
5. Dokument potwierdzający sprawowanie opieki nad dzieckiem (np. umowa / zaświadczenie z przedszkola lub żłobka, umowa cywilnoprawna z opiekunem, itp.).

UWAGA:

Osoba zależna – oznacza to osobę wymagającą ze względu na stan zdrowia lub wiek stałej opieki, połączoną więzami rodzinnymi lub powinowactwem z osobą objętą formą pomocy określoną w ustawie z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia, lub pozostającą z nią we wspólnym gospodarstwie domowym.

.....
(miejscowość, data)

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(PESEL)

.....
(pozycja rejestru zgłoszeń)

**POWIATOWY URZĄD PRACY
UL. WYZWOLENIA 17
41-103 SIEMIANOWICE ŚLĄSKIE**

**WNIOSEK
O REFUNDACJĘ KOSZTÓW OPIEKI NAD DZIECKIEM LUB DZIEĆMI DO LAT 7 / DZIECKIEM LUB DZIEĆMI
Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ DO LAT 18 / OSOBĄ ZALEŻNĄ***

Zgodnie z art. 146 ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (tj. Dz. U. z 2025 r. poz. 620 z późn.zm.) proszę o refundację kosztów opieki nad dzieckiem lub dziećmi do lat 7 / dzieckiem lub dziećmi z niepełnosprawnością do lat 18 / osobą zależną* za miesiąc:

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

Przyznaną kwotę refundacji proszę przekazać na rachunek bankowy numer:

.....
Prowadzony przez

(nazwa banku)

.....
(podpis wnioskodawcy)

Załączniki:

1. Dokumenty potwierdzające poniesione koszty z tytułu opieki nad dzieckiem lub osobą zależną, np. rachunki za przedszkole lub żłobek, potwierdzenia przelewów z wyszczególnieniem miesiąca i osoby, której dotyczy płatność, umowy cywilnoprawne z osobami fizycznymi sprawującymi opiekę nad dzieckiem lub dziećmi, lub osobą zależną.

* niepotrzebne skreślić