Kraków, dnia………………….…….

**W N I O S E K**

**o refundację kosztów opieki nad dzieckiem do lat 6, dzieckiem niepełnosprawnym do lat 7 lub osobą zależną**

Podstawa prawna:

1. art. 61 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jedn. Dz. U. z 2022 r. poz. 690 ze zm.)

**A. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY**

1. Imię i nazwisko wnioskodawcy …........................................................................................................………………….......
2. Adres zamieszkania …………………………………………………………………..................................................................................
3. PESEL ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….....
4. Nr telefonu ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….......
5. Adres e-mail ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………......
6. W związku z podjęciem przeze mnie (zaznaczyć właściwe):
7. □ zatrudnienia/ innej pracy zarobkowej w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 43 ustawy o promocji zatrudnienia
i instytucjach rynku pracy,
8. □ stażu w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 34 ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy,
9. □ szkolenia w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 37 ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy,
10. □ przygotowania zawodowego dorosłych w art. 2 ust. 1 pkt 29a rozumieniu ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy,

**wnioskuję o przyznanie refundacji kosztów opieki nad:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko dziecka/ osoby zależnej | PESEL | Miesięczny koszt opieki |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| łączny miesięczny koszt opieki wynosi: |  |

**B. SZCZEGÓŁY REFUNDACJI:**

1. Okres zatrudnienia/ aktywizacji zawodowej:

od dnia ………………………………………… do dnia ……………………………………………

1. Miejsce pracy lub odbywania aktywizacji zawodowej (nazwa i siedziba):

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

.....................................................................................................................................................................................

1. Maksymalny okres refundacji:

od dnia ………………………………………… do dnia ……………………………………………

**Uwaga!** Refundacja przysługuje nie wcześniej niż od dnia złożenia wniosku przez okres:

* Do 6 miesięcy w przypadku zatrudnienia lub podjęcia innej pracy zarobkowej,
* W okresie odbywania aktywizacji zawodowej (stażu, przygotowania zawodowego, szkolenia).
1. Należną kwotę refundacji (w kwocie **nie wyższej niż połowa zasiłku dla bezrobotnych** na każde dziecko, osobę zależną, w przypadku gdy koszt opieki przewyższa lub równy jest tej kwocie ), proszę przelać na rachunek bankowy:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**C. OŚWIADCZENIE:**

Oświadczam, że:

1. Sprawuję opiekę nad dzieckiem do lat 6 lub dzieckiem niepełnosprawnym do lat 7 lub opiekę nad osobą zależną, zgodnie z informacją przedstawioną w punkcie A.6 wniosku,
2. W przypadku, gdy umowa cywilnoprawna o opiekę nad dzieckiem została zawarta z osobą fizyczną, spełnia ona łącznie następująca warunki:
3. nie jest spokrewniona ani spowinowacona ze mną ani z moim dzieckiem (dotyczy następujących linii
i stopni pokrewieństwa: rodzice, dziadkowie, rodzeństwo i powinowactwa: teściowie, rodzeństwo współmałżonka),
4. nie zamieszkuje pod tym samym adresem, co ja,
5. nie pozostaje w zatrudnieniu lub nie wykonuje innej pracy zarobkowej,
6. nie prowadzi działalności gospodarczej.
7. Moje przychody w miesiącu złożenia wniosku nie przekraczają minimalnego wynagrodzenia za pracę.
8. Zobowiązuję się niezwłocznie poinformować Urząd o przerwaniu udziału w aktywizacji zawodowej lub innych okolicznościach mogących powodować, że refundacja nie przysługuje,
9. Przyjmuję do wiadomości, że m.in. w przypadku utraty zatrudnienia, zaprzestania sprawowania opieki nad dzieckiem do lat 6, dzieckiem niepełnosprawnym do lat 7 lub osobą zależną, osiągnięcia z tytułu zatrudnienia lub wykonywania innej pracy zarobkowej miesięcznych przychodów przekraczających minimalne wynagrodzenie za pracę zgodnie z ustawą z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę, refundacja kosztów opieki nad dzieckiem do lat 6 lub dzieckiem niepełnosprawnym do lat 7 lub osobą zależną nie przysługuje.
10. Zapoznałem się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych dla osób bezrobotnych (zgodnie z art.13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.).
11. Potwierdzam prawdziwość zawartych we wniosku informacji i oświadczeń własnoręcznym podpisem.

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

(Miejscowość, data) (podpis wnioskodawcy)

**D. ZAŁĄCZNIKI:**

Do wniosku załączam:

1. Uwierzytelniony odpis aktu urodzenia dziecka do 6 r.ż., dziecka niepełnosprawnego do lat 7 (jeżeli dotyczy),
2. Uwierzytelniona kopia umowy zawartej pomiędzy wnioskodawcą a instytucją, której powierzono sprawowanie opieki nad dzieckiem (ewentualnie inne dokumenty potwierdzające powierzenie sprawowania opieki np. umowa uaktywniająca),
3. Uwierzytelniona kopia umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej (dotyczy osób, które podjęły zatrudnienie lub inną pracę zarobkową),
4. Uwierzytelnione zaświadczenie określające stopień niepełnosprawności dziecka (jeżeli dotyczy),
5. Zaświadczenie lekarskie potwierdzające konieczność sprawowania stałej opieki ze względu na stan zdrowia lub wiek oraz dokument potwierdzający stopień pokrewieństwa lub powinowactwa lub oświadczenie o pozostawaniu we wspólnym gospodarstwie domowym (jeżeli dotyczy).

W celu ustalenia prawa do świadczenia Urząd może żądać przedstawienia dodatkowych dokumentów.