Powiatowy Urząd Pracy

w Rzeszowie

Załącznik nr 1

**WNIOSEK**

**o refundację kosztów opieki nad dzieckiem/dziećmi do lat 7, niepełnosprawnym dzieckiem/dziećmi do lat 18 lub osobą zależną**

1. Imię i nazwisko osoby zainteresowanej……………………….................................................
2. Adres zamieszkania………………………………………………………………………………...
3. Nr telefonu………………………………………………………………………………...…………

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

1. Nr PESEL
2. Nr FK ………………………

Okres odbywania stażu: od dnia …………………... do dnia ………….......…............................ w……………………………………………...................................................................................

 (nazwa i siedziba Pracodawcy)

1. Dane dziecka/dzieci/osoby zależnej, którego/ych dotyczy refundacja (imię i nazwisko, data urodzenia, PESEL) …………………………………………………………….........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................
2. Dane osoby lub instytucji sprawującej opiekę nad dzieckiem/dziećmi: ……………………………………………………………………………………………………......
3. Refundację kosztów proszę przekazać na rachunek bankowy o nr:

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

Zgodnie z art. 146 ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia
(Dz.U. z 2025 r. poz. 620) zwracam się z wnioskiem o przyznanie refundacji kosztów opieki nad dzieckiem/dziećmi lub osobą zależną w związku ze skierowaniem na staż, którego dzień rozpoczęcia to dzień …………………………….

Miesięczny koszt opieki wynosi ……………………. zł.

**Miesięczna** wysokość przychodów brutto z tytułu zatrudnienia\* lub innej pracy zarobkowej\*, stypendium z tytułu skierowania na staż\*, szkolenia\* wynosi …………………… zł.

Zobowiązuję się do przedstawiania co miesiąc dokumentów potwierdzających faktycznie poniesione koszty opieki nad dzieckiem/dziećmi/osobą zależną.

W przypadku osiągnięcia z tytułu zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej miesięcznych przychodów przekraczających kwotę minimalnego wynagrodzenia za pracę miesięcznie zobowiązuję się o tym fakcie niezwłocznie poinformować Powiatowy Urząd Pracy
w Rzeszowie. Podobnie w przypadku przerwania stażu, bądź o zaistnieniu innych okoliczności powodujących utratę statusu bezrobotnego w trakcie odbywania przez mnie stażulub innych okolicznościach powodujących utratę prawa do refundacji kosztów opieki zobligowany/a jestem do natychmiastowego poinformowania o tym Powiatowego Urzędu Pracy
w Rzeszowie.

 Świadomy odpowiedzialności karnej z art. 297 § 1 Kodeksu karnego, zgodnie z którym
w przypadku przedłożenia w celu uzyskania wsparcia finansowego podrobionego, przerobionego, poświadczającego nieprawdę albo nierzetelnego dokumentu albo nierzetelnego pisemnego oświadczenia dotyczącego okoliczności o istotnym znaczeniu, oświadczam, że: wszystkie dane zawarte w niniejszym wniosku są prawdziwe.

**Osoba składająca wniosek o refundację kosztów opieki nad dzieckiem/dziećmi lub osobą zależną została pouczona o odpowiedzialności karnej z art. 297 § 1 Kodeksu karnego, zapoznała się z poniższym pouczeniem i zobowiązuje się niezwłocznie powiadomić Powiatowy Urząd Pracy w Rzeszowie o każdej zmianie mającej wpływ na utratę prawa do refundacji kosztów opieki nad** **dzieckiem/dziećmi lub osoba zależną.**

Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

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

(miejscowość, data) (podpis osoby składającej wniosek)

**Załączniki:**

1. Kserokopia skróconego aktu urodzenia dziecka/dzieci
2. Kserokopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności dziecka/dzieci, w przypadku posiadania niepełnosprawnego dziecka/dzieci do 18 roku życia,
3. Kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności lub zaświadczenie lekarskie o tym,
że osoba zależna wymaga stałej opieki oraz oświadczenie o stopniu pokrewieństwa lub powinowactwa w przypadku opieki nad osobą zależną.

Oryginały dokumentów należy okazać do wglądu na żądanie Urzędu.

\*niepotrzebne skreślić