

Zielona Góra, dnia .....

.....  
/nazwisko i imię/

.....  
/adres zamieszkania/

.....  
PESEL

.....  
/telefon/

**Powiatowy Urząd Pracy  
ul. S. Batorego 126 A  
65-735 Zielona Góra**

**W N I O S E K**  
**o refundację kosztów opieki nad dzieckiem lub dziećmi do lat 7 lub dzieckiem  
niepełnosprawnym do 18 roku życia lub osobą zależną**

Na podstawie 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 prośbą o dokonanie refundacji z Funduszu Pracy poniesionych przeze mnie kosztów opieki nad dzieckiem\* lub dziećmi\* do lat 7 lub dzieckiem niepełnosprawnym do 18 roku życia\* lub osobą zależną\*.

**Nadmieniam, że:**

- z dniem ..... 20 ..... r. podjęłam\* / podjąłem\* zatrudnienie\* lub inną pracę zarobkową\*,
  - na podstawie skierowania tutejszego urzędu pracy z dnia ..... 20 ..... r. podjęłam\* / podjąłem\* staż\* lub szkolenie\* w okresie od dnia ..... 20 ..... r. do dnia ..... 20 ..... r.
- w.....

(nazwa i adres zakładu pracy / jednostki szkoleniowej)

**Jednocześnie oświadczam, że:**

- jestem osobą posiadającą co najmniej jedno dziecko do 7 roku życia lub co najmniej jedno dziecko niepełnosprawne do 18 roku życia;
- wnioskuję o zwrot kosztów opieki nad dzieckiem\* lub dziećmi\* do lat 7 lub dzieckiem niepełnosprawnym do 18 roku życia\*:

1)

.....  
(nazwisko i imię, data urodzenia)

2)

.....  
(nazwisko i imię, data urodzenia)

przewidywany ponoszony przeze mnie miesięczny koszt wynosi ..... zł;

- wnioskuję o zwrot kosztów opieki nad osobą zależną\*:

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

przewidywany ponoszony przeze mnie miesięczny koszt wynosi ..... zł;

- miesięczny przychód z tytułu zatrudnienia\* lub innej pracy zarobkowej\* /stażu\* lub szkolenia\* nie przekracza minimalnego wynagrodzenia za pracę.

\* niepotrzebne skreślić

.....  
(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

# O Ś W I A D C Z E N I E

Ja niżej podpisana(y) .....  
(nazwisko i imię)

Zamieszkała(y) .....  
(dokładny adres)

jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

## **Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą:**

- 1) jestem osobą posiadającą co najmniej jedno dziecko do 7 roku życia lub co najmniej jedno dziecko niepełnosprawne do 18 roku życia\*,
- 2) opiekuję się osobą zależną, która wymaga stałej opieki i jestem jedynym opiekunem tej osoby\*.

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)

Wyciąg z Kodeksu postępowania administracyjnego (tekst jednolity Dz. U. z 2024 r., poz. 572) art. 75 § 2: „**Jeżeli przepis prawa nie wymaga urzędowego potwierdzenia określonych faktów lub stanu prawnego w drodze zaświadczenia właściwego organu administracji, organ administracji publicznej odbiera od strony, na jej wniosek, oświadczenie złożone pod rygorem odpowiedzialności za fałszywe zeznania**”.

## **Załączniki do wniosku o refundację kosztów opieki:**

1. Kserokopia umowy o pracę w przypadku podjęcia zatrudnienia lub kserokopia umowy zlecenia w przypadku podjęcia innej pracy zarobkowej.
2. Zaświadczenie o przychodach za dany miesiąc ubiegania się o refundację – w przypadku podjęcia zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej osiągnięcie z tego tytułu miesięcznie przychodów nieprzekraczających minimalnego wynagrodzenia za pracę tj. od dnia 01.01.2025 r. jest to kwota 4.666,00 zł brutto.
3. Kserokopia aktu urodzenia dziecka (dzieci) – dotyczy osób ubiegających się o refundację kosztów opieki nad dzieckiem lub dziećmi do lat 7 lub dziecka niepełnosprawnego do 18 roku życia.
4. Kserokopia aktu urodzenia osoby zależnej, zaświadczenia lekarskie, orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub inne dokumenty potwierdzające zależność.

\* niepotrzebne skreślić