**Starosta Wadowicki**

*za pośrednictwem*

**Powiatowego Urzędu Pracy**

**w Wadowicach**

**WNIOSEK**

**o wypłatę refundacji kosztów opieki nad dzieckiem/dziećmi do lat 6, opieki nad niepełnosprawnym dzieckiem/dziećmi do lat 7 lub osobą zależną**

**za okres od** ……………………. **do** ………………………

1. **DANE WNIOSKODAWCY:**

Nazwisko i imię:

Adres zamieszkania:

Nr telefonu:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PESEL:

1. **INFORMACJE DO WNIOSKU:**
2. W miesiącu 20 roku z tytułu opieki nad niżej wymienionym dzieckiem/ dziećmi/ osobą zależną **poniosłam/em koszty opieki [[1]](#footnote-1) w wysokości ogółem** : **zł**

(słownie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_zł).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Imię i nazwisko dziecka/ osoby zależnej** | **Data urodzenia** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **Jednocześnie oświadczam, że w miesiącu, za który wnioskuję o wypłatę refundacji kosztów opieki:** *(zaznaczyć właściwe)*
* byłam/em w trakcie zatrudnienia
* byłam/em w trakcie odbywania stażu/ przygotowania zawodowego dorosłych/ szkolenia
* zakończyłam/em zatrudnienie / staż / przygotowanie zawodowe dorosłych / szkolenie
w dniu ………………..
1. poniosłam/em koszty opieki nad dzieckiem/dziećmi, osobą zależną we wnioskowanej wysokości,
2. nie rozwiązałam/em stosunku pracy lub stosunku służbowego bez wypowiedzenia z mojej winy,
3. nie dokonałam/em wypowiedzenia pracy lub stosunku służbowego w miesiącu, za który ubiegam się o  zwrot kosztów opieki,
4. **uzyskałam/em przychód z tytułu podjęcia pracy, innej pracy zarobkowej w wysokości …………….…………..zł miesięcznie (brutto).**

Świadoma/y odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu karnego za składanie fałszywych zeznań: *„Kto składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 8 lat.* *Jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższym, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5”* potwierdzam, że wszystkie informacje zawarte we wniosku są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym.

 ………………………………….

(czytelny podpis wnioskodawcy)

Wadowice, dnia …………………………………….

**Do rozliczenia należy dołączyć dokument poświadczający faktycznie poniesione koszty opieki nad dzieckiem/ dziećmi lub osobą zależną:**

* 1. rachunek/ faktura ze żłobka/ przedszkola lub innej placówki opiekuńczej **lub**
	2. zaświadczenie o uiszczeniu opłaty **lub**
	3. wydruk przelewu z osobistego rachunku bankowego **lub**
	4. potwierdzenie zapłaty gotówką

określające dane osoby opłacającej rachunki (tj. wnioskodawcę) oraz dane dziecka/ dzieci lub osoby zależnej, a także miesiąc, którego dotyczy.

* 1. deklarację rozliczeniową ZUS DRA oraz imienny raport miesięczny o należnych składkach i wypłaconych świadczeniach ZUS RCA – w przypadku umowy cywilnoprawnej zawartej z osobą fizyczną w zakresie sprawowania opieki nad dzieckiem/dziećmi lub osobą zależną.
1. ***Wskazane we wniosku koszty opieki powinny być pomniejszone o otrzymane dofinansowanie od innego podmiotu niż PUP w Wadowicach, jeżeli wnioskodawca takie dofinansowanie otrzymuje.*** [↑](#footnote-ref-1)