Potwierdzenie przyjęcia wniosku:

Nr wniosku:

CAZ.I – ….. – ………./…..…./22

**Starosta Wadowicki**

*za pośrednictwem*

**Powiatowego Urzędu Pracy**

**w Wadowicach**

**WNIOSEK**

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

1. **DANE WNIOSKODAWCY:**

Nazwisko i imię:

Adres zamieszkania:

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

PESEL:

1. **INFORMACJE DO WNIOSKU:**
2. Zgodnie z art. 61 *ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy* **zwracam się z wnioskiem o zawarcie umowy o refundację kosztów opieki** w związku:

- proszę zaznaczyć właściwe

* **Z podjęciem zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa i adres pracodawcy |  |
| Okres zatrudnienia | od do\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Wysokość wynagrodzenia brutto/mc |  |

* **ze skierowaniem na staż/ przygotowanie zawodowe dorosłych**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa i adres pracodawcy |  |
| Okres odbywania stażu/przygotowania zawodowego dorosłych | od do\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

* **ze skierowaniem na szkolenie**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa i adres instytucji szkoleniowej |  |
| Okres odbywania szkolenia: | od do\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**wnioskuję o refundację poniesionych kosztów opieki nad:**

* dzieckiem/ dziećmi do lat 6
* niepełnosprawnym dzieckiem/ dziećmi do lat 7
* osobą zależną

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko dziecka** | **Data urodzenia** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby zależnej** | **Stopień pokrewieństwa/ powinowactwa** |
|  |  |  |

na okres od …………………………….. do ………………………….. ( maksymalnie 6 miesięcy)

1. **Oświadczam, iż jestem:**

* rodzicem dziecka/ dzieci do lat 6,
* rodzicem dziecka/ dzieci niepełnosprawnego/ych do lat 7,
* opiekunem prawnym osoby zależnej.

1. **Należną mi kwotę zwrotu kosztów opieki proszę przekazać na poniższy rachunek bankowy:**

(nazwa Banku)

Numer rachunku bankowego

**Oświadczam, iż:**

1. Zapoznałam(em) się z treścią *„Zasad refundacji kosztów opieki na dzieckiem/ dziećmi do lat 6, niepełnosprawnym dzieckiem/dziećmi do lat 7 lub osobą zależną”* i zobowiązuję się do ich przestrzegania.
2. Miesięczny przychód z tytułu zatrudnienia, innej pracy zarobkowej, nie przekracza minimalnego wynagrodzenia za pracę.
3. Ponoszę koszty opieki, o których refundację wnioskuję w związku z:

* przebywaniem dziecka/ dzieci w żłobku, przedszkolu,
* oddaniem dziecka/ dzieci pod opiekę innej osobie na podstawie zawartej umowy cywilnoprawnej w zakresie sprawowania opieki nad dzieckiem,
* przebywaniem osoby zależnej w zakładzie opiekuńczym, domu pomocy społecznej, zakładzie opiekuńczo – leczniczym,
* oddaniem osoby zależnej pod opiekę innej osobie na podstawie zawartej umowy cywilnoprawnej w zakresie sprawowania opieki nad osoba zależną.
* Nie otrzymuję dofinansowania kosztów opieki nad dzieckiem/ dziećmi do lat 6, niepełnosprawnym dzieckiem/ dziećmi do lat 7, osobą zależną od innego podmiotu niż Powiatowy Urząd Pracy w Wadowicach.
* Otrzymuję dofinansowanie kosztów opieki nad dzieckiem/ dziećmi do lat 6, niepełnosprawnym dzieckiem/ dziećmi do lat 7, osobą zależną od innego podmiotu niż Powiatowy Urząd Pracy w Wadowicach

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

(nazwa podmiotu)

w wysokości ………………………………na podstawie …………………………………….

1. **Zobowiązuje się niezwłocznie, jednak nie później niż do 7 dni do zawiadomienia o każdej zmianie mającej wpływ na uprawnienia do ww. refundacji.**

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 …………………………………….

1. **ZAŁĄCZNIKI:**

***Do wniosku należy dołączyć następujące dokumenty w zależności od indywidualnej sytuacji Wnioskodawcy:***

1. kserokopię dokumentu potwierdzającego podjęcie zatrudnienia, innej pracy zarobkowej (umowa o pracę, umowa cywilnoprawna: umowa zlecenie, umowa o dzieło lub umowa agencyjna),
2. kserokopię skróconego odpisu aktu urodzenia dziecka/ dzieci, bądź – do wglądu – dowód osobisty dziecka/ dzieci,
3. kserokopię umowy z placówką wychowawczą lub zaświadczenie o uczęszczaniu dziecka do żłobka lub przedszkola – ze wskazaniem daty przyjęcia dziecka do placówki lub kserokopię umowy cywilnoprawnej zawartej z osobą fizyczną w zakresie sprawowania opieki nad dzieckiem potwierdzoną dokumentami zgłoszeniowymi do ZUS,
4. kserokopię umowy lub zaświadczenie o przebywaniu osoby zależnej w placówce opiekuńczej lub z innej instytucji zajmującej się opieką – z zaznaczeniem, od kiedy przebywa w ww. placówce lub kserokopię umowy cywilnoprawnej zawartej z osobą fizyczną w zakresie sprawowania opieki nad osoba zależną potwierdzoną dokumentami zgłoszeniowymi do ZUS,
5. oświadczenie o stopniu pokrewieństwa lub powinowactwa wnioskodawcy z osobą zależną.

***Do wglądu należy przedłożyć:***

1. kserokopię aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności dziecka do lat 7 – jeżeli dotyczy,
2. kserokopię aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności potwierdzającego konieczność sprawowania opieki nad osobą zależną – jeżeli dotyczy,
3. dokument potwierdzający przyznanie dofinansowania kosztów opieki nad dzieckiem/ dziećmi do lat 6, niepełnosprawnym dzieckiem/dziećmi do lat 7 lub osobą zależną przez inny podmiot niż Powiatowy Urząd Pracy w Wadowicach.
4. **WYPEŁNIA POWIATOWY URZĄD PRACY W WADOWICACH**

**Wnioskodawca przedstawił do wglądu:**

* kserokopię aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności dziecka do lat 7 – jeżeli dotyczy,

**Potwierdzam, iż dziecko …………………………………………. ur. ………..……….**

(imię i nazwisko dziecka) (data urodzenia)

**posiada orzeczony stopień niepełnosprawności na okres od …………………………. do…………………….**

(podpis i pieczątka pracownika PUP)

* kserokopię aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności potwierdzającego konieczność sprawowania opieki nad osobą zależną – jeżeli dotyczy,

**Potwierdzam, iż …………………………………………………. ur. ………..……….**

(imię i nazwisko osoby zależnej) (data urodzenia)

**posiada orzeczony stopień niepełnosprawności na okres od …………………………. do…………………….**

(podpis i pieczątka pracownika PUP)

* dokument potwierdzający otrzymanie dofinansowania kosztów opieki nad dzieckiem/dziećmi do lat 6, niepełnosprawnym dzieckiem/dziećmi do lat 7, osobą zależną od innego podmiotu niż Powiatowy Urząd Pracy w Wadowicach.

**Potwierdzam, iż wnioskodawca otrzymuje dofinansowanie w wysokości**

**…………..………os./mc.**

(podpis i pieczątka pracownika PUP)

* dowód osobisty dziecka/ dzieci lub skrócony odpis aktu urodzenia dziecka/ dzieci

**Potwierdzam, iż Wnioskodawca jest rodzicem dziecka/ dzieci:**

**…………………………………………………………** data urodzenia : **…………………….**

**…………………………………………………………** data urodzenia : **…………………….**

**…………………………………………………………** data urodzenia : **…………………….**

(podpis i pieczątka pracownika PUP)

Wnioskodawca ……………………………………………………..……………………….…

jest/był zarejestrowany/a w Powiatowym Urzędzie Pracy w Wadowicach

od ……………….…… do …………………..

Ww. podjął/ęła zatrudnienie, został/a skierowany/a na staż, przygotowanie zawodowe dorosłych, szkolenie\* na okres: od ……………..……….. do…………………………………

Osiągany przychód przekracza / nie przekracza\* minimalnego miesięcznego wynagrodzenia za pracę.

**Wnioskodawca spełnia / nie spełnia\* warunków do przyznania kosztów opieki**.

(podpis i pieczątka pracownika PUP)

\*właściwe skreślić

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Propozycja:** | | ..…………………………………………………………………………  *(data i podpis kierownika działu/referatu)* |
| Negatywna ocena wniosku Wnioskodawca nie spełnia warunków do przyznania kosztów opieki |  |
| Pozytywna ocena wniosku - uwzględnienie do realizacji |  |
| Pozytywna ocena wniosku - odmowa uwzględnienia do realizacji – rozdysponowane środki |  |
| **Decyzja Dyrektora PUP:** | | ……………………………………………………………………….  *(data i podpis Dyrektora PUP)* |
| Negatywna ocena wniosku Wnioskodawca nie spełnia warunków do przyznania kosztów opieki |  |
| Pozytywna ocena wniosku - uwzględnienie do realizacji |  |
| Pozytywna ocena wniosku - odmowa uwzględnienia do realizacji – rozdysponowane środki |  |