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

 imię i nazwisko miejscowość, data

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

 adres zamieszkania, telefon

 **Dyrektor**

 **Powiatowego Urzędu Pracy**

 **w Krośnie Odrzańskim**

1. **WNIOSEK**

 **o refundację kosztów opieki nad dzieckiem do lat 7/**

**dzieckiem niepełnosprawnym do lat 18/osobą zależną****1 \***

Na podstawie art. 146 ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia wnioskuję o przyznanie refundacji kosztów opieki nad **dzieckiem/osobą zależną.****\***

imię i nazwisko ............................................................................... data ur. .......................................................

imię i nazwisko ............................................................................... data ur. .......................................................

imię i nazwisko ............................................................................... data ur. .......................................................

**na okres od** ................................ **do** ................................... **w wysokości** ............................. zł miesięcznie.

**Nr konta bankowego** ……………………………………………………………….……………………………...

**Oświadczam, że sprawuję opiekę nad co najmniej jednym:**

dzieckiem do 7 roku życia**/**dzieckiem niepełnosprawnym do 18 roku życia**/**osobą zależną.\*

**Jednocześnie oświadczam, że:**

* z dniem ……………….……….. **podjąłem/podjęłam/podejmę\*** **zatrudnienie/inną pracę zarobkową**\*
na okres od …............................... do ….............................. .
* na podstawie skierowania **podjąłem/podjęłam/podejmę\*** **inną formę pomocy**

**(wymienić jaką)** ………………………………………………………………… od dnia …............................... .

* **przychód miesięczny** z tytułu ……………………….………………………………………....nie przekroczy minimalnego wynagrodzenia za pracę**2**.
* **nie otrzymuję pomocy i nie złożyłam wniosku na pokrycie wydatków przeznaczonych na ten sam cel, finansowanych z innych źródeł.**

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

 podpis wnioskodawcy

**\*- niepotrzebne skreślić**

**1osoba zależna** – to osoba wymagającą ze względu na stan zdrowia lub wiek stałej opieki, połączona więzami rodzinnymi lub powinowactwem z osobą objętą formą pomocy określoną w ustawie, lub pozostająca z nią we wspólnym gospodarstwie domowym.

**2minimalne wynagrodzenie za pracę** – oznacza to kwotę minimalnego wynagrodzenia za pracę pracowników przysługującą za pracę w pełnym miesięcznym wymiarze czasu pracy ogłaszaną na podstawie ustawy z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę (Dz. U. z 2024 r. poz. 1773).

**Wymagane załączniki:**

1. Kopia aktu urodzenia dziecka, w przypadku dziecka niepełnosprawnego do 18 roku życia kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności. W przypadku opieki nad osobą zależną - kopia dokumentu potwierdzającego uznanie osoby zależnej za osobę wymagającej stałej opieki ze względu na stan zdrowia lub wiek oraz dokument potwierdzający więzy rodzinne, powinowactwo lub pozostawanie
we wspólnym gospodarstwie domowym.
2. Zaświadczenie podmiotu świadczącego usługę opieki (przedszkole, żłobek i inne) z zaznaczeniem dziennego kosztu wyżywienia, dziennego kosztu dodatkowej opieki oraz informacją, czy płatności odbywają się z góry, czy z dołu za dany miesiąc rozliczeniowy lub inne dokumenty potwierdzające opiekę, np. umowa z podmiotem świadczącym usługi w zakresie opieki, umowa uaktywniająca.
3. W przypadku podjęcia pracy – kopia umowy o pracę lub kopia umowy na podstawie której wykonywana jest inna praca zarobkowa (np. umowa zlecenie).

**W celu ustalenia prawa do refundacji Urząd może wymagać dodatkowych wyjaśnień lub dokumentów.**

**I. Wypełnia pracownik Powiatowego Urząd Pracy w Krośnie Odrzańskim**

1. Bezrobotna/y ……………………………………………………………………………………… został/a skierowana/y na: ……………………………………………….. na okres od dnia ………………………… do dnia ………………………………… .
2. Podjęcie zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej nastąpiło na okres od dnia ………………………….. do dnia ………………………………. .
3. Przychód z tytułu zatrudnienia lub odbywania ……………………………… wyniesie …………………. .
4. Wnioskodawca **posiada/nie posiada****\*** co najmniej jedno dziecko do 7 roku życia lub co najmniej jedno dziecko niepełnosprawne do 18 roku życia/sprawuje opiekę nad osobą zależną **\***
5. Proponuję przyznać refundację na okres od dnia ………………..…… do dnia ……..………….……… w kwocie ……………………..…… miesięcznie.

……………………………..

podpis pracownika

**II. Akceptacja kierownika działu CAZ/FCAZ**

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

……..………………………..

data i podpis

**III. Decyzja**

* Przyznaję refundację kosztów opieki nad dzieckiem do lat 7/dzieckiem niepełnosprawnym do lat 18/ osobą zależną\*.
* Nie przyznaję refundacji kosztów opieki nad dzieckiem do lat 7/dzieckiem niepełnosprawnym do lat 18/osoba zależną\* z powodu

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

..……………………………..

podpis osoby upoważnionej