Op-D-1(1).2023

Adnotacje Powiatowego Urzędu Pracy w Legnicy:

1. Data wpływu:
2. Wpisano do rejestru wniosków pod nr:
3. Numer SYRIUSZ: WnOpDzOZal/

**WNIOSEK O REFUNDACJĘ KOSZTÓW OPIEKI NAD DZIECKIEM**

**LUB OSOBĄ ZALEŻNĄ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Imię i Nazwisko: |  | | | |
| PESEL: |  | | | |
| Adres zamieszkania: |  | | | |
| Telefon: |  | | | |
| Na podstawie z art. 61 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy  (Dz. U. z 2024r., poz. 475 z późn. zm. ) zwracam się z prośbą o przyznanie refundacji kosztów opieki w związku z (odpowiednie zaznaczyć): | | | | |
| * podjęciem zatrudnienia/innej pracy zarobkowej | | | * podjęciem przygotowania zawodowego dorosłych | |
| * podjęciem u pracodawcy stażu | | | * uczestnictwem w szkoleniu | |
| na okres | | | | |
| od dnia | | | do dnia | |
| Proszę o refundację poniesionych przeze mnie kosztów **opieki nad dzieckiem / osobą zależną**  (należy przekreślić niewłaściwe) | | | | |
| nazwisko i imię, data urodzenia  (dziecka, osoby zależnej):  nazwa placówki / nazwisko i imię osoby sprawującej opiekę: | | | | przewidywany koszt miesięczny, który zostanie poniesiony w związku z opieką: |
| nazwisko i imię, data urodzenia  (dziecka, osoby zależnej):  nazwa placówki / nazwisko i imię osoby sprawującej opiekę: | | | | przewidywany koszt miesięczny, który zostanie poniesiony w związku z opieką: |
| **Oświadczam, że** (w poniższych oświadczeniach należy przekreślić niewłaściwe): | | | | |
| **będę / nie będę** korzystać z dofinansowania do kosztów opieki z innego źródła | | źródło dofinansowania: | | |
| wysokość dofinansowania: | | |
| Proszę o wypłatę zwrotu kosztów opieki na rachunek bankowy: | | | | |
| 1. zapoznałem(am) się z treścią „Regulaminu Powiatowego Urzędu Pracy w Legnicy w sprawie refundacji kosztów opieki nad dzieckiem/dziećmi do 7 roku życia lub osobą zależną” (regulamin jest dostępny na stronie internetowej Urzędu [www.puplegnica.pl](http://www.puplegnica.pl) oraz w siedzibie Urzędu tj. w Legnicy przy ulicy Gen. Władysława Andersa 2 oraz PUP Legnica Filia w Chojnowie, Rynek 20), 2. zostałem/am poinformowany/a, że refundacja kosztów opieki nastąpi zgodnie z zasadami określonymi w w/w regulaminie | | | | |
| Legnica, dnia:  Czytelny podpis wnioskodawcy | | | | |

Załączniki do wniosku:

W przypadku osób ubiegających się o refundację kosztów opieki nad dzieckiem:

1. kopia aktu urodzenia dziecka/dzieci (oryginał do wglądu),
2. kopia umowy o pracę lub inną pracę zarobkową (oryginał do wglądu) lub kopia potwierdzona przez pracodawcę/ zleceniodawcę/ zlecającego dzieło „za zgodność z oryginałem”,
3. w przypadku dziecka(ci) z orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności: kopia orzeczenia o niepełnosprawności dziecka/dzieci (oryginał do wglądu),

W przypadku osób ubiegających się o refundację kosztów opieki nad osobą zależną:

1. oświadczenie o pozostawaniu z osobą zależną we wspólnym gospodarstwie domowym lub oświadczenie o łączących więzach rodzinnych lub powinowactwie,
2. zaświadczenie lekarskie potwierdzające konieczność stałej opieki,
3. kopia umowy o pracę lub inną pracę zarobkową (oryginał do wglądu) lub kopia potwierdzona przez pracodawcę/ zleceniodawcę/ zlecającego dzieło „za zgodność z oryginałem”,
4. Dokumenty zawierające dane osobowe osób trzecich winny zostać złożone wraz z oświadczeniem o zgodzie na przetwarzanie danych osobowych.