ZAŁĄCZNIK 1

…………………………………………..

……………………………….… (miejscowość, data)

 (imię i nazwisko)

…………………………………

 (adres)

…………………………………

………………….……..……....

 PESEL **Powiatowy Urząd Pracy**

 **ul. Walczaka 110**

 **66-400 Gorzów Wlkp.**

# WNIOSEK

**O PRZYZNANIE REFUNDACJI OPIEKI NAD DZIECKIEM**

**DO LAT 6 ( DZIECKO Z ORZECZENIEM NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI DO LAT 7)**

**/ OSOBĄ ZALEŻNĄ\***

 Zgodnie z art. 61 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy proszę o dokonywanie przez okres ……………..miesięcy refundacji kosztów opieki nad niżej wymienionym dzieckiem do lat 6 / dzieckiem niepełnosprawnym do lat 7 / osobą zależną\* .

1. ………………………………………………………………………………………………

imię i nazwisko, data urodzenia, pesel

1. ………………………………………………………………………………………………

imię i nazwisko, data urodzenia, pesel

1. ………………………………………………………………………………………………

imię i nazwisko, data urodzenia, pesel

Informuję, że:

1.Z dniem……………….. podjąłem (podjęłam) zatrudnienie / inną pracę zarobkową / staż w:

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

 (nazwa i adres zakładu pracy / jednostki szkoleniowej)

……………………………………………….

(podpis wnioskodawcy)

Do wniosku dołączam :

**Załączniki:\***

1. Potwierdzona za zgodność z oryginałem kserokopia umowy o pracę (w przypadku podjęcia zatrudnienia) lub potwierdzona za zgodność z oryginałem kserokopia umowy cywilno-prawnej (np. umowa zlecenie, umowa o dzieło, itp. – w przypadku podjęcia innej pracy zarobkowej) – jednorazowo przy wniosku składanym po raz pierwszy (dotyczy osób ubiegających się o refundację kosztów opieki nad dzieckiem do lat 6 / dziecko niepełnosprawne do lat 7 / osobą zależną).
2. Dokumenty potwierdzające poniesione koszty z tytułu opieki na dzieckiem lub osobą zależną np. rachunki za przedszkole, umowy cywilno-prawne z osobami fizycznymi sprawującymi opiekę nad dzieckiem lub dziećmi lub osobą zależną (dotyczy osób ubiegających się o refundację kosztów opieki nad dzieckiem do lat 6 / dzieckiem niepełnosprawnym do lat 7 / osobą zależną).
3. Kserokopię aktu urodzenia dziecka (dzieci) – jednorazowo przy wniosku składanym po raz pierwszy (dotyczy osób ubiegających się o refundację kosztów opieki nad dzieckiem do lat 6 / dziecko niepełnosprawne do lat 7 / osobą zależną).
4. Orzeczenie o niepełnosprawności lub zaświadczenie lekarskie potwierdzające konieczność sprawowania opieki nad osobą zależną (dotyczy osób ubiegających się o refundację kosztów opieki nad osobą zależną).

\* niepotrzebne skreślić

ZAŁĄCZNIK 2

 …………………………………………..

……………………………….… (miejscowość, data)

 (imię i nazwisko)

……………………………….

 (adres)

……………………………….

………………….……..……...

 PESEL

 **Powiatowy Urząd Pracy**

 **ul. Walczaka 110**

 **66-4 00 Gorzów Wlkp.**

# WNIOSEK

**O REFUNDACJĘ PONIESIONYCH KOSZTÓW OPIEKI NAD DZIECKIEM**

**DO LAT 6 ( DZIECKO Z ORZECZENIEM NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI DO LAT 7)**

**/ OSOBĄ ZALEŻNĄ\***

 W miesiącu ………2023 r. z tytułu opieki nad niżej wymienionym dzieckiem do lat 6 / dzieckiem niepełnosprawnym do lat 7 / osobą zależną\* poniosłem ( poniosłam ) koszt w wysokości ……………………… złotych.

1. …………………………………………………………………………………………………..

imię i nazwisko, data urodzenia, pesel

1. …………………………………………………………………………………………

imię i nazwisko, data urodzenia, pesel

1. …………………………………………………………………………………………

imię i nazwisko, data urodzenia, pesel

W załączeniu przedkładam rozliczenie poniesionych kosztów opieki nad dzieckiem

oraz zaświadczenia o osiągniętych przychodach brutto za w/w miesiąc.

Przyznaną kwotę refundacji proszę przekazywać na rachunek bankowy numer ……………………………………………………………………………………………….......

w …………………………………………………………………………...………...................

……………………………………………….

(podpis wnioskodawcy)

Do wniosku dołączam :

- potwierdzenie poniesionych kosztów opieki

- lista obecności ze stażu