Kartuzy, dnia ……………………….

Nr sprawy…………………………………………….

 (wypełnia Urząd)

 **STAROSTA KARTUSKI**

 **Powiatowy Urząd Pracy**

 **w Kartuzach**

**WNIOSEK**

**o przyznanie refundacji kosztów opieki nad dzieckiem/dziećmi \*do lat 7 lub osobą zależną**

(na podstawie art. 61 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy

 t.j. Dz. U. z 2019r. poz. 1482 z późn. zm.)

**(składany jednorazowo)**

1. **DANE WNIOSKODAWCY (uzupełnia wnioskodawca):**

Imię …………………………………….. Nazwisko ……………………………………….

PESEL ……………………………........ nr telefonu ………………………………………

e-mail …………………………………..

Adres zamieszkania …………………………………………………………............................

1. **Wnioskuję o przyznanie refundacji kosztów opieki nad dzieckiem/dziećmi lub osobą zależną\*:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1) | *na okres* | od ………………………………. do ………………………………. |
| 2) | *rodzaj podjętej aktywności* | zatrudnienie od …………………………. do ……………………..staż od ………………………………… do ……………………….. |
| 3) | *nazwa pracodawcy* | ……………………………………………………………………….…………………………………………………………………….... |
| 4) | *liczba dzieci:* | ………………………… |
|  | *dane Dziecka 1* | *Imię i nazwisko …………………………………………………………..**Data urodzenia ………………………………………………………….**Koszt opieki na dzieckiem ……………………………………………..* |
|  | *dane Dziecka 2* | *Imię i nazwisko ………………………………………………………….**Data urodzenia ………………………………………………………….**Koszt opieki na dzieckiem ……………………………………………..* |
| 5) | *Liczba osób zależnych* | *………………….….* |
|  | *Dane osoby zależnej* | *Imię i nazwisko ………………………………………………………….**Data urodzenia ………………………………………………………….**Powód sprawowania opieki: □ zdrowie □ wiek**Relacje: □ więzy rodzinne ……………………………….* *□ powinowactwo ………………………………..* *□ pozostawanie we wspólnym gospodarstwie domowym* *Koszt opieki nad osobą zależną ………………………………………..* |

1. **Oświadczam, że:**
2. moje przychody z tytułu zatrudnienia nie będą/ nie przekraczają minimalnego wynagrodzenia za pracę;
3. zobowiązuję się niezwłocznie poinformować PUP o fakcie przerwania zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej, stażu, przygotowania zawodowego dorosłych lub szkolenia[[1]](#footnote-1)\* lub innych okolicznościach powodujących utratę statusu bezrobotnego lub prawa do ww. świadczenia.

**Załączniki:**

1. kopia aktu urodzenia dziecka/dzieci,
2. zaświadczenie lekarskie potwierdzające że osoba zależna wymaga stałej opieki
3. kopia umowy z podmiotem sprawującym opiekę (żłobek/przedszkole/inna instytucja),
4. kopia umowy uaktywniającej wraz z potwierdzeniem zgłoszenia do ZUS-u (formularz ZUS ZUA) – dotyczy tylko osób uprawnionych, które zawarły umowę uaktywniającą,
5. kopia orzeczenia o ustalonym stopniu niepełnosprawności dziecka (jeżeli dotyczy),
6. kopia dokumentu potwierdzającego podjęcie zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej (np. kopia umowy o pracę, umowy cywilnoprawnej).

**Konieczne jest okazanie oryginałów do wglądu.**

Oświadczam, iż zapoznałam(łem) się z ,,Zasadami przyznania refundacji kosztów opieki nad dzieckiem lub dziećmi do lat 7 lub osobą zależną” przyjętymi Zarządzeniem nr 3/2020 Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy w Kartuzach z dnia 20.01.2020r.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE.L Nr 119), zwanego dalej RODO

**Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że wszelkie podane w niniejszym wniosku dane są zgodne ze stanem faktycznym.**

…..……………………………………

(czytelny podpis wnioskodawcy)

1. \* niewłaściwe skreślić [↑](#footnote-ref-1)