**Załącznik nr 1** do umowy w zakresie refundacji kosztów

opieki nad dzieckiem do lat 7

Kartuzy, dnia ……………………….

**STAROSTA KARTUSKI**

**Powiatowy Urząd Pracy**

**w Kartuzach**

**WNIOSEK**

**o dokonanie refundacji kosztów opieki nad dzieckiem/dziećmi \*do lat 7**

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

t.j. Dz. U. z 2022r. 690 z późn. zm. )

1. **DANE WNIOSKODAWCY:**

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

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

e-mail …………………………………..

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

1. Wnoszę o dokonanie refundacji kosztów opieki nad dzieckiem/dziećmi lub osobą zależną\*

za okres od ……………….. do…………………**w kwocie ogółem** ……………..… zł\*\*

1. Wysokość **faktycznie poniesionych\*\*\*** kosztów opieki za pobyt i wyżywienie

|  |  |
| --- | --- |
| *Dane dziecka/osoby zależnej* | *Imię i nazwisko ……………………………. Data urodzenia…………………..*  *Wysokość faktycznie poniesionych\*\*\* kosztów opieki……….……………zł* |
| *Dane dziecka/osoby zależnej* | *Imię i nazwisko ……………………………. Data urodzenia…………………..*  *Wysokość faktycznie poniesionych\*\*\* kosztów opieki……….……………zł* |
| *Dane dziecka/osoby zależnej* | *Imię i nazwisko ……………………………. Data urodzenia…………………..*  *Wysokość faktycznie poniesionych\*\*\* kosztów opieki……….……………zł* |

Oświadczam, że:

1. \*\*Podane w pkt 2 koszty nie zostały objęte innym dofinansowaniem obniżającym opłatę za pobyt dziecka w żłobku/przedszkolu/innej placówce opiekuńczej
2. Moje przychody w miesiącu, którego dotyczy wniosek nie przekraczają minimalnego wynagrodzenia za pracę.
3. Zobowiązuję się niezwłocznie poinformować PUP o fakcie przerwania zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej, stażu, przygotowania zawodowego dorosłych, szkolenia[[1]](#footnote-1)\* lub innych okolicznościach powodujących utratę statusu bezrobotnego lub prawa do ww. świadczenia.

Należną mi kwotę refundacji w/w kosztów proszę przekazać na poniższy rachunek bankowy:

Nazwa Banku……………………………………………………………………………………….

Nr konta **\_ \_ - \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_**

**Załączniki:**

1. dokument potwierdzający wysokość poniesionych kosztów z tytułu opieki nad dzieckiem/dziećmi lub osobą zależną za wnioskowany okres tj. oryginały imiennych faktur lub rachunków ze żłobka, przedszkola lub innej placówki opiekuńczej, jednoznacznie wskazujące osobę uprawnioną i osobę objętą opieką.
2. w przypadku płatności przelewem - potwierdzenie przelewu z rachunku osoby uprawnionej,
3. w przypadku podjęcia zatrudnienia/innej pracy zarobkowej zaświadczenie o wysokości wynagrodzenia (brutto) za miesiąc za który ma być dokonana refundacja,

Oświadczam, iż zapoznałam(łem) się z ,,Zasadami przyznawania refundacji kosztów opieki nad dzieckiem lub dziećmi do lat 7 lub osobą zależną”

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.**

…..……………………………………

(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

1. \* niewłaściwe skreślić

   \*\*\*z wyłączeniem dofinansowania kosztów opieki z innych źródeł [↑](#footnote-ref-1)