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

 opieki nad dzieckiem/dziećmi lub osobą zależną

 Kartuzy, dnia ……………………….

 **STAROSTA KARTUSKI**

 **Powiatowy Urząd Pracy**

 **w Kartuzach**

**WNIOSEK**

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

(na podstawie art. 146 ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia - Dz. U. z 2025r. poz. 620)

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, okres za który dokonano opłaty oraz wysokość poniesionego kosztu w miesiącu rozliczeniowym;**
2. w przypadku płatności przelewem - potwierdzenie przelewu z rachunku osoby uprawnionej;
3. dowód zapłaty (przekaz pocztowy, przelew bankowy) – w przypadku opieki świadczonej w ramach umowy uaktywniającej;
4. deklaracja rozliczeniowa ZUS DRA oraz imienny raport miesięczny o należnych składkach i wypłaconych świadczeniach ZUS RCA – w przypadku umowy uaktywniającej;
5. 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/dziećmi lub osobą zależną” przyjętymi Zarządzeniem nr 44/2025 Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy w Kartuzach z dnia 44/2025r.

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** wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego za złożenie fałszywego oświadczenia, który stanowi: „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8” **oświadczam, iż wszystkie dane zawarte w niniejszym wniosku są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym.**

…..……………………………………

(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

1. \* niewłaściwe skreślić

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