

**POWIATOWY URZĄD PRACY W ŁAŃCUCIE**

Łańcut, dnia ………………………

**WNIOSEK**

**o refundację kosztów opieki nad dzieckiem/dziećmi do lat 6**

**lub dzieckiem niepełnosprawnym do 7 roku życia**

Na podstawie art. 61 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy   
(Dz. U. z 2024 r., poz. 475 z późn. zm.)

1. Imię i nazwisko Wnioskodawcy……………………………….………………..….……….………
2. Adres zamieszkania ……………………….………………………..………..….………….……….
3. Numer PESEL: ……………………….……………... Numer telefonu……………...……………
4. Nr konta bankowego Wnioskodawcy: \_\_\_ -\_\_\_\_\_\_ -\_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_

W związku z podjęciem w dniu ………………..........………… zatrudnienia**/**innej pracy zarobkowej   
**/**stażu**/**przygotowania zawodowego dorosłych**/**szkolenia**\*** na okres:

od dnia …………………………do dnia ……………………….…… (max 6 miesięcy)

…………………………………………………………………………………………………………… *(nazwa pracodawcy, organizatora stażu lub jednostki szkolącej)*

wnioskuję o przyznanie refundacji kosztów opieki nad dzieckiem lub dziećmi:

1. Imię i nazwisko…………………………………………………………………….………………...

data urodzenia………………….…….….….……… PESEL……………….…....……….…………

Miejsce sprawowania opieki …………………………………………………………………………

*(adres żłobka, przedszkolna lub innej placówki opiekuńczo-wychowawczej)*

1. Imię i nazwisko…………………………………………………………………….………………...

data urodzenia………………….…….….….……… PESEL……………….…....……….…………

Miejsce sprawowania opieki …………………………………………………………………………

*(adres żłobka, przedszkolna lub innej placówki opiekuńczo-wychowawczej)*

Miesięczny koszt opieki nad dzieckiem/dziećmi wynosi ………………………… zł

1. Oświadczam, że jestem osobą wychowującą co najmniej jedno dziecko do 6 roku życia lub dziecko niepełnosprawne do 7 roku życia.
2. Zobowiązuję się niezwłocznie poinformować Powiatowy Urząd Pracy w Łańcucie o fakcie przerwania zatrudnienia, innej pracy zarobkowej, stażu, przygotowania zawodowego dorosłych, szkolenia bądź o zaistnieniu innych okoliczności powodujących utratę statusu bezrobotnego   
   w trakcie odbywania przeze mnie przygotowania zawodowego, stażu, szkolenia lub innych okolicznościach powodujących utratę prawa do ww. świadczenia.
3. Oświadczam, że zostałam (-łem) pouczona (y), że za złożenie oświadczenia niezgodnego z prawdą lub zatajenie prawdy grozi kara pozbawienia wolności do lat 3 na podstawie art. 233 **§** 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeksu karnego (Dz. U. z 2024 r., poz. 17 z późn. zm).
4. Prawdziwość oświadczeń i informacji zawartych we wniosku potwierdzam własnoręcznym podpisem.

…………………………………

(data i podpis Wnioskodawcy)

Załączniki:

1. Uwierzytelniony odpis aktu urodzenia dziecka (dzieci).
2. Kserokopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności dziecka (dzieci) w przypadku posiadania niepełnosprawnego dziecka (dzieci) do 7 lat.
3. Kopia umowy o pracę lub umowy cywilno-prawnej (dotyczy osób pracujących).
4. Zaświadczenie lub inny dokument potwierdzający pobyt dziecka w żłobku, przedszkolu lub innej placówce opiekuńczo-wychowawczej z zaznaczeniem terminu uczestnictwa.