

WNIOSKODAWCA (imię) (nazwisko) (adres do korespondencji) (PESEL) (telefon kontaktowy) (e-mail)	pieczęć i data wpływu wniosku Rejestr wniosków nr (Wypełnia Powiatowy Urząd Pracy)	 Starosta Lubański za pośrednictwem Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy w Lubaniu ul. Lwówecka 10 59-800 Lubań
--	--	--

WNIOSEK
O ZAWARCIE UMOWY O REFUNDACJĘ KOSZTÓW OPIEKI
NAD DZIECKIEM LUB OSOBĄ ZALEŻNĄ

(składany przez osobę bezrobotną posiadającą **dziecko do 7 roku życia** lub **dziecko niepełnosprawne do 18 roku życia** lub **sprawującą opiekę nad osobą zależną**)

1. Na podstawie art. 146 ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (zwanej dalej „ustawą”) w związku z¹:

a) **podjęciem w dniu**

☐ **formy pomocy**
(zastosowana forma pomocy np. staż)

☐ **zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej w**
(nazwa i siedziba pracodawcy)

b) **sprawowaniem opieki nad¹:**

- ☐ dzieckiem/dziećmi do 7 roku życia
- ☐ dzieckiem niepełnosprawnym do 18 roku życia
- ☐ osobą zależną²

WNIOSKUJĘ O REFUNDACJĘ KOSZTÓW Z TYTUŁU OPIEKI

w okresie od do nad ¹:

☐ dzieckiem ☐ dziećmi ☐ osobą zależną

.....
(imię i nazwisko dziecka, data urodzenia / imię i nazwisko osoby zależnej)

.....
(imię i nazwisko dziecka, data urodzenia / imię i nazwisko osoby zależnej)

2. **Przyznaną kwotę refundacji kosztów opieki proszę przekazać na wskazany przeze mnie rachunek bankowy:**

nr:

.....
data i czytelny podpis Wnioskodawcy

¹ - zaznaczyć „x” we właściwym kwadracie;

² - osoba zależna oznacza osobę wymagającą ze względu na stan zdrowia lub wiek stałej opieki, połączoną więzami rodzinnymi lub powinowactwem z osobą objętą formą pomocy określoną w ustawie, lub pozostającą z nią we wspólnym gospodarstwie domowym.

3. Oświadczam, że:

1. jestem osobą posiadającą dziecko do 7 roku życia lub dziecko niepełnosprawne do 18 roku życia lub jestem osobą sprawującą opiekę nad osobą zależną;
2. jest mi wiadome, iż Starosta może, po udokumentowaniu poniesionych kosztów, refundować koszty opieki nad dzieckiem do 7. roku życia, a w przypadku dziecka niepełnosprawnego – do 18. roku życia lub nad osobą zależną w wysokości uzgodnionej, jeżeli bezrobotny podejmie zatrudnienie lub inną pracę zarobkową lub zostanie skierowany przez PUP w Lubaniu do innej formy pomocy, oraz **pod warunkiem osiągnięcia z tego tytułu miesięcznie przychodów nieprzekraczających minimalnego wynagrodzenia za pracę**;
3. zobowiązuję się niezwłocznie poinformować PUP w Lubaniu o fakcie przerwania odbywania formy pomocy/ zatrudnienia/ wykonywania innej pracy zarobkowej lub o innych okolicznościach powodujących utratę prawa do refundacji kosztów opieki;
4. zobowiązuję się do przedstawiania dokumentów potwierdzających faktycznie poniesione koszty opieki nad dzieckiem lub osobą zależną;
5. zapoznałam/em się z „Zasadami w sprawie przyznawania i wypłaty refundacji kosztów opieki nad dzieckiem lub osobą zależną” i znam ich postanowienia;
6. zobowiązuję się do przedłożenia oryginału dokumentów dołączonych do wniosku jako kserokopie w przypadku żądania ich przedłożenia przez Powiatowy Urząd Pracy w Lubaniu;
7. przyjmuję do wiadomości, iż w razie niedołączenia wymaganych załączników wynikających z wniosku zostanie on rozpatrzony odmownie;
8. wyrażam zgodę na umieszczenie kserokopii dokumentów dołączonych przeze mnie do niniejszego wniosku w dokumentacji Powiatowego Urzędu Pracy w Lubaniu;
9. wszelkie informacje podane w niniejszym wniosku, złożone oświadczenia oraz przedłożone jako załączniki dokumenty są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym.

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
data i czytelny podpis Wnioskodawcy

4. Do wniosku dołączam następujące załączniki: (zaznaczyć „x” we właściwym kwadracie):

1. ☐ kserokopię odpisu skróconego aktu urodzenia dziecka/dzieci
2. ☐ kserokopię umowy o pracę
3. ☐ kserokopię orzeczenia dziecka lub dzieci do lat 18 o stopniu niepełnosprawności
4. ☐ kserokopię umowy cywilno-prawnej zawartej z osobą fizyczną sprawującą opiekę nad dzieckiem/dziećmi lub osobą zależną (*spełniająca wymagania nałożone odrębnymi przepisami – podatkowe, ubezpieczeń społecznych*)
5. ☐ kserokopię aktu urodzenia osoby zależnej, zaświadczenia lekarskiego, orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub inne dokumenty potwierdzające zależność