

POWIATOWY URZĄD PRACY W JAWORZE
Centrum Aktywizacji Zawodowej

ul. Strzegomska 7
59-400 Jawor

W N I O S E K

O PRYZNANIE REFUNDACJI KOSZTÓW OPIEKI NAD DZIECKIEM / DZIEĆMI LUB OSOBĄ ZALEŻNĄ

I. DANE WNIOSKODAWCY:

- Nazwisko i imię: _____
- Adres zamieszkania: _____
- Nr telefonu: _ _ _ _ _
- PESEL: _ _ _ _ _

II. INFORMACJE DO WNIOSKU:

1. Zgodnie z art. 61 *Ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy* **zwracam się z wnioskiem o refundację poniesionych kosztów opieki w związku z:**

☐ **podjęciem zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej¹**

Nazwa i adres pracodawcy	
Okres zatrudnienia:	od _____ do _____
Wysokość wynagrodzenia brutto/mc	

☐ **ze skierowaniem na staż**

Nazwa i adres pracodawcy	
Okres odbywania stażu:	od _____ do _____

☐ **ze skierowaniem na szkolenie**

Nazwa i adres instytucji szkoleniowej	
---------------------------------------	--

¹ **Inna praca zarobkowa** oznacza wykonywanie pracy lub świadczenie usług na podstawie umów cywilnoprawnych, w tym umowy agencyjnej, umowy zlecenia, umowy o dzieło lub umowy o pomocy przy zbiorach w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników albo wykonywanie pracy w okresie członkostwa w rolniczej spółdzielni produkcyjnej, spółdzielni kółek rolniczych lub spółdzielni usług rolniczych.

Okres odbywania szkolenia:	od _____ do _____
----------------------------	-------------------

2. Wnioskuje o refundację poniesionych kosztów opieki nad:

- ☐ dzieckiem do lat 6
☐ dziećmi do lat 6
☐ dzieckiem/dziećmi niepełnosprawnym/i do lat 7
☐ osobą zależną

I.p.	Imię i nazwisko dziecka/ osoby zależnej	Data urodzenia	Forma opieki przedszkole, żłobek, opiekunka, inne

3. Oświadczam, iż jestem:

- ☐ rodzicem dziecka lub dzieci do lat 6,
☐ rodzicem dziecka/ dzieci niepełnosprawnego/ych do lat 7,
☐ opiekunem prawnym osoby zależnej ².

4. Należną mi kwotę zwrotu kosztów opieki proszę przekazać na poniższy rachunek bankowy:

(nazwa Banku)

Nr konta

5. Oświadczam, iż:

- a) Miesięczny przychód z tytułu zatrudnienia, innej pracy zarobkowej, nie przekracza minimalnego wynagrodzenia za pracę;
 b) Opłacam koszty opieki, o których refundację wnioskuje w związku z:
 - ☐ oddaniem dziecka/ dzieci do: żłobka, przedszkola, pod opiekę innej osobie
 - ☐ przebywaniem osoby zależnej w zakładzie opiekuńczym, domu pomocy społecznej, zakładzie opiekuńczo – leczniczym,

c)

- ☐ nie otrzymuję dofinansowania kosztów opieki nad dzieckiem/dziećmi do lat 6, niepełnosprawnym dzieckiem/dziećmi do lat 7, osobą zależną od innego podmiotu niż Powiatowy Urząd Pracy w Jaworze.
☐ otrzymuję dofinansowanie kosztów opieki nad dzieckiem/dziećmi do lat 6, niepełnosprawnym dzieckiem/dziećmi do lat 7, osobą zależną od innego podmiotu niż Powiatowy Urząd Pracy w Jaworze

/nazwa podmiotu/

² Osoba zależna oznacza osobę wymagającą ze względu na stan zdrowia lub wiek stałej opieki, połączoną więzami rodzinnymi lub powinowactwem z osobą objętą usługami lub instrumentami rynku pracy lub pozostającą z nią we wspólnym gospodarstwie domowym.

w wysokościna podstawie

- d) Zapoznałem (am) się z Regulaminem refundacji poniesionych kosztów opieki nad dzieckiem/ dziećmi lub osobą zależną obowiązującymi w Powiatowym Urzędzie Pracy w Jaworze,
- e) **Zobowiązuje się do zawiadomienia o każdej zmianie mającej wpływ na uprawnienia do ww. refundacji.**

Upředzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 k.k.³ oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.

Jawor, dnia _____

(podpis Wnioskodawcy)

III. ZAŁĄCZNIKI:

Do wniosku należy dołączyć następujące dokumenty w zależności od indywidualnej sytuacji Wnioskodawcy:

1. Kserokopię umowy z placówką wychowawczą lub osobą fizyczną lub zaświadczenie o uczęszczaniu dziecka do żłobka lub przedszkola – ze wskazaniem daty przyjęcia dziecka do placówki.
2. Kserokopię skróconego aktu urodzenia dziecka/ dzieci,
3. Kserokopię umowy o pracę, umowę cywilno – prawną o wykonywanie pracy lub świadczenie usług, umowę lub dokument potwierdzający wykonywanie pracy w okresie członkostwa w rolniczej spółdzielni produkcyjnej, spółdzielni kółek rolniczych lub spółdzielni usług rolniczych,
4. Aktualne orzeczenie o niepełnosprawności dziecka do lat 7, jeśli dotyczy.
5. Orzeczenie o niepełnosprawności potwierdzające konieczność sprawowania opieki nad osobą zależną jednorazowo przy wniosku składanym po raz pierwszy (dotyczy osób ubiegających się o refundację kosztów opieki nad osobą zależną).
6. Zaświadczenie o przebywaniu osoby zależnej w instytucji lub placówce opiekuńczej z zaznaczeniem, od kiedy przebywa w ww. placówce lub umowę cywilno - prawną zawartą z osobą fizyczną w zakresie sprawowania opieki nad osobą zależną.
7. Oświadczenie o stopniu pokrewieństwa lub powinowactwa wnioskodawcy z osobą zależną.

Do wglądu:

1. Dokument potwierdzający przyznanie dofinansowania kosztów opieki nad dzieckiem/dziećmi do lat 6, niepełnosprawnym dzieckiem/dziećmi do lat 7, osobą zależną przez inny podmiot niż Powiatowy Urząd Pracy w Jaworze.



Koszty opieki wypłacane są do wysokości 500 zł miesięcznie na każde dziecko/ osobę zależną.

³ Art. 233. [Falszywe zeznania]

§ 1. 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.

OCENA WNIOSKU

KWALIFIKACJA OSOBY BEZROBOTNEJ WNIOSKUJĄCEJ O PRYZNANIE REFUNDACJI

Imię i nazwisko	Uprawniony do formy wsparcia	
	TAK	NIE

Po weryfikacji wniosku stwierdzam że niniejszy wniosek:

- ☐ kwalifikuje się do dalszej weryfikacji.
- ☐ nie kwalifikuje się do dalszej weryfikacji z powodu:

- ☐ Wnioskodawca przedstawił do wglądu dokument potwierdzający otrzymanie dofinansowania kosztów opieki nad dzieckiem/dziećmi do lat 6, niepełnosprawnym dzieckiem/dziećmi do lat 7, osobą zależną od innego podmiotu niż Powiatowy Urząd Pracy w Jaworze. **Potwierdzam, iż wnioskodawca otrzymuje dofinansowanie w wysokościos./mc.**

(podpis i pieczęć pracownika PUP)

DECYZJA DYREKTORA URZĘDU

z dnia2025 r.

Wniosekopiniuję:
/Imię i nazwisko Wnioskodawcy/



POZYTYWNE.

Przyznaję refundację na okres: _____miesięcy w wysokości do 500,00 zł.
od dnia _____

Wniosek przyjęty do realizacji ze środków:

- ☐ Fundusz Pracy
- ☐ RP EFS +
- ☐ Rezerwa Ministra - Program.....
-



NEGATYWNE

Krótkie uzasadnienie w przypadku decyzji negatywnej _____

(podpis i pieczęć Dyrektora PUP z upoważnienia Starosty)