Skierniewice, dnia ..........................................

**Powiatowy Urząd Pracy**

**w Skierniewicach**

**WNIOSEK**

**o przyznanie refundacji kosztów opieki nad dzieckiem / dziećmi do 6 roku życia**.

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

**2. Adres zamieszkania** ……………………….……………………………………………………………………………........

**3. Nr PESEL** ……………………………………….……

**4. Nr telefonu** …………………………..……..…… **e-mail** ……………………………..……..…………………………........

**Zgodnie z art. 61 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2015r. poz.149 z późn. zm.), w związku z podjęciem w dniu** ………………….……………...………..… **zatrudnienia, innej pracy zarobkowej, stażu, przygotowania zawodowego dorosłych, szkolenia\***

na okres od ……………………………………… do ………………………………………

w (nazwa pracodawcy/jednostki szkolącej) ………………………………………………………………………………………..

**wnioskuję o przyznanie refundacji kosztów opieki nad dzieckiem:**

imię i nazwisko ………………………………………….………………………………….…… data ur. ……….…….………

imię i nazwisko ………………………………………….………………………………….…… data ur. ……….…….………

**na okres od** ……………………………………… **do** ………………………………………

do wysokości ……………………….…………… zł miesięcznie.

**Należną kwotę refundacji kosztów opieki jw. proszę przekazywać na poniższy rachunek bankowy:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………….

***Oświadczam, że jestem osobą wychowującą co najmniej jedno dziecko do 6 roku życia.***

***Zobowiązuję się do przedstawiania co miesiąc zaświadczeń pracodawcy potwierdzających kontynuowanie zatrudnienia, przygotowania zawodowego dorosłych, stażu lub z instytucji szkoleniowej zaświadczeń potwierdzających kontynuowanie szkolenia\* i wysokość przychodów\*\*, a także dokumentów potwierdzających faktycznie poniesione koszty opieki nad dzieckiem/dziećmi.***

***Zobowiązuję się niezwłocznie poinformować Urząd Pracy o fakcie przerwania zatrudnienia, przygotowania zawodowego, stażu, szkolenia\* bądź o zaistnieniu innych okoliczności powodujących utratę statusu bezrobotnego w trakcie odbywania przez mnie przygotowania zawodowego, stażu, szkolenia\*, lub innych okolicznościach powodujących utratę prawa do ww. świadczenia.***

***Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych znajdujących się w niniejszym kwestionariuszu do celów związanych z rozpatrzeniem mojego wniosku i na potrzeby badań realizowanych lub zleconych przez Urząd w celu monitoringu skuteczności tej formy pomocy.***

***Prawdziwość oświadczeń i informacji zawartych we wniosku stwierdzam własnoręcznym podpisem. Oświadczam, że zostałem (-łam) pouczony(a), 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 1997r. Kodeks karny (Dz.U. z 1997r. Nr 88, poz 553 z późn. zm.).***

……………………………………. …………………………………….……..………

(miejscowość, data) (czytelny podpis Wnioskodawcy)

\* zakreślić odpowiednie

\*\* nie dotyczy stażu, przygotowania zawodowego dorosłych, szkolenia.

**Załączniki:**

1. Uwierzytelniony odpis aktu urodzenia dziecka/dzieci.

2. Zaświadczenie potwierdzające uczęszczanie dziecka do żłobka/przedszkola lub innej instytucji zajmującej się opieką nad dziećmi.

3. Potwierdzoną za zgodność z oryginałem kserokopię umowy potwierdzającą zatrudnienie lub inną pracę zarobkową.

4. Zasady refundacji kosztów opieki nad dzieckiem/dziećmi do 6 roku życia.

Urząd zastrzega sobie prawo żądania dodatkowych dokumentów uprawdopodobniających prawo do otrzymania refundacji kosztów opieki nad dzieckiem.

**Adnotacje doradcy klienta Urzędu**

Pan/i ……………………………………………………….………………… jest/był/a zarejestrowany/a

w Powiatowym Urzędzie Pracy w Skierniewicach od dnia ………….………………… do dnia ………….…………………

i od dnia …………………………… podjął/ęła zatrudnienie, inną pracę zarobkową, został/a skierowana na staż, przygotowanie zawodowe dorosłych, szkolenie na okres od ……..……………....... do ..…………….......

……………………………………………

data i podpis pracownika

Miesięczny przychód z tytułu podjętego zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej wynosi ................................. zł.

Wnioskodawca spełnia kryterium dochodowe / nie spełnia kryterium dochodowego.

..…………………………………………….

data i podpis pracownika