Załącznik nr 1 do Zasad przyznawania i wypłaty

refundacji kosztów opieki nad dzieckiem lub osobą zależną

Suwałki, dnia .........................

 **Starosta Suwalski**

**WNIOSEK**

**o przyznanie refundacji kosztów opieki nad dzieckiem lub osobą zależną**

zgodnie z art. 61 ustawy z dnia 20 kwietnia 2014 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy

(tekst jednolity Dz. U. z 2017 r., poz. 1065 z późn. zm.)

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

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

**3. PESEL** ……………………… **4. Nr telefonu** …………………………..……..…………

**W związku z podjęciem w dniu** ………………………... **stażu,**

na okres od dnia …………….…..… do dnia ….……….…………

w ………………………………………………………………………………………………..,

 (nazwa pracodawcy)

**wnioskuję o przyznanie refundacji kosztów opieki nad dzieckiem/osobą zależną\***

imię i nazwisko ………………………………………….……………………………………..

data ur. ……….…….…… PESEL ………………………….

**na okres od dnia** …………… **do dnia** ………….… w wysokości ………...… zł miesięcznie.

**Należną kwotę refundacji kosztów opieki proszę przekazywać na podany rachunek bankowy:**……………………………………………………………………………………….

 (nazwa banku i numer konta bankowego)

**Oświadczam, że:**

**- jestem osobą wychowującą co najmniej jedno dziecko do 6 roku życia /dziecko niepełnosprawne do 18 roku życia,\***

**- opiekuję się osobą zależną,\***

**- korzystałam(em)/ nie korzystałam(em)\* z refundacji kosztów opieki nad dzieckiem/osobą zależną\* w okresie od dnia ……….…………….. do dnia …………………………..**

**- osiągany przeze mnie miesięczny dochód z tytułu zatrudnienia, innej pracy zarobkowej
nie przekracza minimalnego wynagrodzenia za pracę.**

**- zapoznałam/em się z zasadami przyznawania i wypłaty refundacji kosztów opieki nad dzieckiem lub osobą zależną oraz przyjmuję do wiadomości, że w/w zasady będą określone
w zawartej umowie.**

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych udostępnionych w niniejszym wniosku oraz załącznikach do celów związanych z przyznaniem refundacji kosztów opieki oraz
na potrzeby badań realizowanych lub zleconych przez Urząd w celu monitoringu skuteczności tej formy pomocy.**

***Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych zeznań oświadczam, że dane zawarte
w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą na podstawie art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. - Kodeks karny (Dz. U. z 2016 r. poz. 1137 z późn. zm.).***

……………………… ………..…….……………

 (miejscowość, data) (czytelny podpis Wnioskodawcy)

**Załączniki:**

1. Uwierzytelniony odpis aktu urodzenia dziecka/dzieci.\*
2. Uwierzytelniony odpis orzeczenia o niepełnosprawności dziecka.\*
3. Zaświadczenie potwierdzające uczęszczanie dziecka do żłobka/przedszkola lub innej placówki zajmującej się opieką nad dziećmi.\*
4. Zaświadczenie lub inny dokument potwierdzający wysokość kosztów z tytułu opieki nad dzieckiem.\*
5. Uwierzytelniony odpis orzeczenia o niepełnosprawności osoby zależnej lub zaświadczenie lekarskie potwierdzające, że osoba zależna wymaga ze względu na stan zdrowia lub wiek stałej opieki.\*
6. Zaświadczenie instytucji lub placówki opiekuńczej o sprawowaniu opieki nad osobą zależną,
z zaznaczeniem, od kiedy osoba została objęta opieką.\*
7. Oświadczenie o stopniu pokrewieństwa lub powinowactwa wnioskodawcy z osobą zależną.\*

**Adnotacje pracownika PUP w Suwałkach.**

Pan/i ……………………………………………………….…… jest zarejestrowany/a jako osoba bezrobotna od dnia ………………..……… do dnia ……………….………… i z dniem

 …………………………… rozpoczęła odbywanie stażu.

Miesięczny przychód z tytułu odbywania stażu wynosi ................... zł.

Wnioskodawca **spełnia** kryterium dochodowe **/ nie spełnia** kryterium dochodowego.\*

 ………………….…………….

 (data i podpis pracownika)

**\*niepotrzebne skreślić**