Zabrze, dn. ...............................

**WNIOSEK**

**O REFUNDACJĘ KOSZTÓW OPIEKI**

**NAD DZIECKIEM/DZIEĆMI DO LAT 7 LUB OSOBĄ ZALEŻNĄ**

**I. Dane Wnioskodawcy:**

IMIĘ .........................................................................................................................................................

NAZWISKO ................................................................................................................................................

ADRES .......................................................................................................................................................

TELEFON ................................................................E-MAIL........................................................................

PESEL .........................................................................................................................................................

Numer rachunku bankowego

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | \_ |  |  |  |  | \_ |  |  |  |  | \_ |  |  |  |  | \_ |  |  |  |  | \_ |  |  |  |  | \_ |  |  |  |  |

**II. Wnioskuję o refundację kosztów opieki nad:**

* dzieckiem /dziećmi do 7 lat
* osobą zależną\*

w związku z podjęciem od dnia......................................... :

* stażu,
* przygotowania zawodowego dorosłych,
* szkolenia\*

*(art. 61 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2022r., poz. 690)).*

**III. Dane osoby, której dotyczy refundacja (dziecka/osoby zależnej\*):**

1. Nazwisko i imię

Data i miejsce urodzenia

PESEL

Adres

Stopień pokrewieństwa

Dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności: TAK/NIE\*

1. Nazwisko i imię

Data i miejsce urodzenia

PESEL

Adres

Stopień pokrewieństwa

Dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności: TAK/NIE\*

1. Nazwisko i imię

Data i miejsce urodzenia

PESEL

Adres

Stopień pokrewieństwa

Dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności: TAK/NIE\*

**Załączniki** (zaznaczyć właściwy kwadrat):

□ Akt urodzenia dziecka (dzieci),

□ Orzeczenie o niepełnosprawności,

□ Zaświadczenie o uczęszczaniu dziecka do żłobka, przedszkola lub szkoły,

□ Umowę cywilno-prawną z osobą fizyczną opiekującą się dzieckiem bądź osobą zależną,

□ Umowa o pracę w przypadku podjęcia zatrudnienia lub inny dokument potwierdzający podjęcie innej pracy zarobkowej

□ Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności osoby zależnej lub zaświadczenie lekarskie ze wskazaniem konieczności objęcia opieką stałą.

**OŚWIADCZENIE**

**Oświadczam, że:**

* Zapoznałem/zapoznałam się z Regulaminem zwrotu kosztów opieki nad dzieckiem lub osobą zależną oraz akceptuję jego postanowienia.
* Zobowiązuję się do co miesięcznego dostarczania dokumentu potwierdzającego faktycznie poniesione koszty opieki nad dzieckiem lub osobą zależną.
* Wiarygodność informacji podanych we wniosku i w załączonych do niego dokumentach potwierdzam własnoręcznym podpisem.

..............................................................

*(czytelny podpis wnioskodawcy)*