**Załącznik nr 1**

**do zasad przyznawania zwrotu kosztów opieki**

Zgorzelec, dnia ……………..……………….

………………………………………………..

(imię i nazwisko)

………………………………………………..

(adres zamieszkania)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

(PESEL)

………………………………………………..

(numer telefonu)

**WNIOSEK O PRZYZNANIE ZWROTU KOSZTÓW OPIEKI**

**NAD DZIECKIEM / DZIEĆMI DO LAT 7 /dzieckiem niepełnosprawnym do lat 18/ OSOBĄ ZALEŻNĄ\***

Na podstawie art. 61 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy zwracam się z  prośbą o refundację ze środków Funduszu Pracy ponoszonych przeze mnie kosztów opieki nad dzieckiem / dziećmi do lat 7 /dzieckiem niepełnosprawnym do lat 18/ osobą zależną.

Informuję, że:

€ podjąłem zatrudnienie/inną pracę zarobkową \*

€ zostałem/am skierowany/a na staż \*

€ zostałem/am skierowany/a na przygotowanie zawodowe dorosłych \*

€ zostałem/am skierowany/a na szkolenie\*

w okresie od................................. do................................

w .................................................................................................................................................

*( nazwa i adres pracodawcy, jednostki szkolącej)*

Jednocześnie informuję, że będę uzyskiwał/a za wykonywaną pracę przychód w wysokości.......................... zł brutto miesięcznie *(wypełniamy w przypadku podjęcia zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej).*

**Forma opieki:** € przedszkole\* € osoba prywatna\* € inna forma: …………………………\*

Data objęcia dziecka / osoby zależnej wyżej wymienioną formą: …………………………………….

**Przyznaną mi kwotę zwrotu kosztów opieki** proszę przekazać na mój rachunek bankowy:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

( w załączeniu należy przedłożyć do wglądu potwierdzenie posiadania rachunku bankowego)

**Oświadczam, że zapoznałem/am się z zasadami przyznawania zwrotu kosztów opieki nad dzieckiem/ dziećmi do lat 7, dzieckiem niepełnosprawnym do lat 18 lub osobą zależną.**

**Wniosek o przyznanie zwrotu kosztów opieki należy składać w terminie do 30 dni od podjęcia zatrudnienie bądź rozpoczęcia stażu/przygotowania zawodowego dorosłych/szkolenia.**

**Na podstawie złożonego wniosku będzie zawarta umowa stanowiąca podstawę wypłaty refundacji.**

**Zwrot ww. kosztów nie jest świadczeniem obligatoryjnym i od odmowy zwrotu odwołanie nie przysługuje.**

**Wnioski nieczytelne lub niekompletne nie będą podlegały rozpatrzeniu.**

\* właściwe zaznaczyć

………………………………………..

(czytelny podpis Wnioskodawcy)

**Załączniki wymagane do rozpatrzenia wniosku:**

1) kserokopia umowy o pracę lub dokument potwierdzający podjęcie innej pracy zarobkowej;

2) orzeczenie o stopniu niepełnosprawności w przypadku opieki nad osobą zależną (do wglądu);

3) poświadczenie dotyczące zameldowanych wspólnie z Wnioskodawcą osób (do wglądu);

4) skrócony akt urodzenia dziecka lub inny dokument poświadczający sprawowanie opieki nad dzieckiem do lat 7 (do wglądu);

5) skrócony akt urodzenia dziecka lub inny dokument poświadczający sprawowanie opieki nad niepełnosprawnym dzieckiem do lat 18 oraz orzeczenie o niepełnosprawności dziecka (do wglądu);

6) poświadczenie objęcia opieką dziecka.

………………………………………..

(czytelny podpis Wnioskodawcy)