



.....
miejsowość

.....
data

IRP-.....-.....-...../11

Starosta Inowrocławski
Powiatowy Urząd Pracy
w Inowrocławiu

WNIOSEK

o przyznanie refundacji kosztów poniesionych z tytułu opieki nad dzieckiem/dziećmi do lat 7 lub nad osobą zależną*

Podstawa Prawna:

- Art. 61 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy – (tekst jednolity: Dz. U. z 2008r. Nr 69, poz. 415. z późniejszymi zmianami)

1. Imię i nazwisko wnioskodawcy.....
2. Adres:.....
.....
3. Nr telefonu:.....
4. PESEL:.....
5. Stan cywilny:.....
6. Dane dziecka/ dzieci lub osoby zależnej, którego/yh dotyczy wniosek o refundację (imię i nazwisko, data urodzenia, PESEL)
.....
.....
7. Nazwa i nr rachunku bankowego wnioskodawcy.....
.....
.....

ZALĄCZNIKI:

1. Kserokopie aktu urodzenia,
2. Kserokopia decyzji ZUS o uznaniu za osobę niezdolną do samodzielnej egzystencji – dotyczy opieki nad osobą zależną,
3. Kserokopia umowy o pracę lub umowy innej pracy zarobkowej,
4. Kserokopia sentencji wyroku (separacja, rozwód) lub kserokopia aktu zgonu współmałżonka,
5. Zaświadczenie zakładu penitencjarnego o odbywaniu kary pozbawienia wolności przez współmałżonka,
6. Zaświadczenie potwierdzające pobyt dziecka do lat 7 w przedszkolu, żłobku, placówce opiekuńczej itp. lub kopia umowy cywilno – prawnej zawartej np. z opiekunką, potwierdzona w ZUS o zgłoszeniu do ubezpieczenia społecznego,
7. Dokument potwierdzający posiadanie rachunku bankowego,
8. Dokumenty potwierdzające poniesione koszty z tytułu opieki nad dzieckiem lub osobą zależną,
9. Inne dokumenty wymagane do ustalenia stanu faktycznego.

* niepotrzebne skreślić

Oświadczam, że:

1. Nie korzystam z refundacji kosztów sprawowania opieki nad dzieckiem/dziećmi do lat 7*/ osobą zależną* z innego Powiatowego Urzędu Pracy.
2. Podjąłem(am) z dniemzatrudnienie/inna pracę zarobkową*
3. Zostałem(am) skierowany(a) na staż/szkolenie:
w terminie od dnia do dnia.....

W.....
(nazwa i siedziba pracodawcy w przypadku odbywania stażu, nazwa instytucji szkoleniowej oraz nazwa i termin szkolenia w przypadku udziału w szkoleniu)
.....
.....

Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku osiągnięcia z tytułu zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej miesięcznych przychodów przekraczających minimalne miesięczne wynagrodzenie lub w przypadku przerwania zatrudnienia, stażu, szkolenia refundacja kosztów opieki nad dzieckiem/dziećmi do lat 7 lub osobą zależną nie przysługuje.

Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 kk oświadczam, iż wszystkie dane zawarte w niniejszym wniosku są prawdziwe.

Inowrocław,

.....
(podpis wnioskodawcy)

WYPEŁNIA POWIATOWY URZĄD PRACY

1. Opinia pracownika merytorycznego.....

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

.....
(data

.....
(podpis i pieczętka)

2. Opinia pośrednika pracy dotycząca wnioskodawcy.....

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

.....
(data)

.....
(podpis i pieczętka)

3. Decyzja Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy o sposobie załatwienia wniosku:

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

.....
(data)

.....
(podpis i pieczętka Dyrektora PUP lub osoby upoważnionej)