



Wniosek
o refundację kosztów opieki nad dzieckiem/dziećmi do lat 6,
niepełnosprawnym dzieckiem/dziećmi do lat 7 lub osobą zależną

1. Imię i nazwisko osoby zainteresowanej
2. Adres zamieszkania
3. Nr telefonu
4. Nr PESEL
- Okres odbywania szkolenia od dnia do dnia w

(nazwa firmy szkoleniowej i miejsce realizacji kursu)

5. Dane dziecka/dzieci lub osoby zależnej, którego/ych dotyczy refundacja (imię i nazwisko, data urodzenia, PESEL)
- ur. PESEL
- ur. PESEL
- ur. PESEL

6. Dane osoby lub instytucji sprawującej opiekę nad dzieckiem/dziećmi lub osobą zależną:
-

7. Posiadam rachunek bankowy w oddział

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Zgodnie z art. 61 ust. 1 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jedn. Dz.U. z 2024 r. poz. 475 z późn. zm.), zwracam się z wnioskiem o przyznanie refundacji kosztów opieki nad dzieckiem/dziećmi do lat 6, niepełnosprawnym dzieckiem/dziećmi do lat 7 lub osobą zależną w związku:

- a) ze skierowaniem na szkolenie, które rozpocząłem/łam w dniu
- Maksymalny miesięczny koszt opieki wynosi zł
- Miesięczna wysokość opodatkowanego przychodu wynosi

..... - -

(imię i nazwisko)
(kwota przychodu)
(data uzyskania przychodu)

Zwrot kosztów opieki nad dzieckiem/dziećmi do lat 6, niepełnosprawnym dzieckiem/dziećmi do lat 7 lub osobą zależną za okres szkolenia będzie przysługiwał od dnia złożenia wniosku.

Zobowiązuję się do przedstawiania co miesiąc:

- 1) wniosku o zwrot kosztów opieki nad dzieckiem/dziećmi do lat 6, niepełnosprawnym dzieckiem/dziećmi do lat 7 lub osobą zależną (załącznik nr 2),
- 2) oświadczenia potwierdzającego uzyskiwane przeze mnie przychody,
- 3) dokumentów potwierdzających faktycznie poniesione koszty opieki nad dzieckiem/dziećmi do lat 6, niepełnosprawnym dzieckiem/dziećmi do lat 7 lub osobą zależną.

W przypadku osiągnięcia z tytułu zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej miesięcznych przychodów przekraczających kwotę minimalnego wynagrodzenia miesięcznie (minimalne wynagrodzenie to najniższa miesięczna płaca brutto dla pracownika zatrudnionego na podstawie umowy o pracę w pełnym wymiarze czasu pracy. Wysokość minimalnego wynagrodzenia określana jest corocznie na podstawie ustawy z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę (Dz.U. z 2020 r. poz. 2207 z późn. zm.)) zobowiązuję się o tym fakcie niezwłocznie poinformować Powiatowy Urząd Pracy w Rzeszowie. Podobnie w przypadku przerwania szkolenia, lub o zaistnieniu innych okoliczności powodujących utratę statusu bezrobotnego w trakcie odbywania przez mnie szkolenia, lub innych okolicznościach powodujących utratę prawa do ww. świadczenia zobligowany/a jestem do natychmiastowego poinformowania o tym Powiatowego Urzędu Pracy w Rzeszowie.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych znajdujących się w niniejszym kwestionariuszu do celów związanych z rozpatrzeniem mojego wniosku.

Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 297 § 1 Kodeksu karnego oświadczam, że informacje zawarte we wniosku są zgodne z prawdą. Wiarygodność informacji podanych we wniosku potwierdzam własnoręcznym podpisem oraz zobowiązuje się niezwłocznie powiadomić Powiatowy Urząd Pracy w Rzeszowie o każdej zmianie mającej wpływ na utratę prawa do refundacji kosztów opieki nad dzieckiem/dziećmi do lat 6, niepełnosprawnym dzieckiem/dziećmi do lat 7 lub osobą zależną.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis osoby składającej wniosek)