

.....
/nazwisko i imię/

Zielona Góra, dnia

.....
/adres zamieszkania/

.....
PESEL

.....
/telefon/

**Powiatowy Urząd Pracy
ul. S. Batorego 126 A
65-735 Zielona Góra**

W N I O S E K ROZLICZENIOWY
o refundację kosztów opieki nad dzieckiem lub dziećmi do lat 7 lub dzieckiem
niepełnosprawnym do 18 roku życia lub osobą zależną

Na podstawie art. 146 ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz. U. z 2025 r., poz. 620) zwracam się z prośbą o dokonanie za m-c 20 r. refundacji z Funduszu Pracy poniesionych przeze mnie kosztów opieki nad dzieckiem* lub dziećmi* do lat 7 lub dzieckiem niepełnosprawnym do 18 roku życia* lub osobą zależną*.

Nadmieniam, że:

- z dniem 20 r. podjęłam* / podjąłem* zatrudnienie* lub inną pracę zarobkową*,
- na podstawie skierowania tutejszego urzędu pracy z dnia 20 r. podjęłam*/ podjąłem* staż* lub szkolenie* w okresie od dnia 20 r. do dnia 20 r. w.....

(nazwa i adres zakładu pracy / jednostki szkoleniowej)

Jednocześnie oświadczam, że:

- jestem osobą posiadającą co najmniej jedno dziecko do 7 roku życia lub co najmniej jedno dziecko niepełnosprawne do 18 roku życia;
- wnioskuję o zwrot kosztów opieki nad dzieckiem* lub dziećmi* do lat 7 lub dzieckiem niepełnosprawnym do 18 roku życia*:

1)

.....
(nazwisko i imię, data urodzenia)

2)

.....
(nazwisko i imię, data urodzenia)

ponoszony przeze mnie miesięczny koszt wynosi zł;

- wnioskuję o zwrot kosztów opieki nad osobą zależną*:

.....
(imię i nazwisko, data urodzenia, stopień pokrewieństwa)

ponoszony przeze mnie miesięczny koszt wynosi zł;

- miesięczny przychód z tytułu zatrudnienia* lub innej pracy zarobkowej* /stażu* lub szkolenia* nie przekracza minimalnego wynagrodzenia za pracę.

* niepotrzebne skreślić

.....
(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

Przyznaną kwotę refundacji kosztów opieki proszę przekazać na moje konto bankowe nr:

.....

w terminie **30 dni** od otrzymania niniejszego wniosku.

O Ś W I A D C Z E N I E

Ja niżej podpisana(y)
(nazwisko i imię)

Zamieszkała(y)
(dokładny adres)

jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą:

- 1) jestem osobą posiadającą co najmniej jedno dziecko do 7 roku życia lub co najmniej jedno dziecko niepełnosprawne do 18 roku życia*,
- 2) opiekuję się osobą zależną, która wymaga stałej opieki i jestem jedynym opiekunem tej osoby*.

.....

(miejscowość, data)

.....

(czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)

Wyciąg z Kodeksu postępowania administracyjnego (tekst jednolity Dz. U. z 2024 r., poz. 572) art. 75 § 2: „Jeżeli przepis prawa nie wymaga urzędowego potwierdzenia określonych faktów lub stanu prawnego w drodze zaświadczenia właściwego organu administracji, organ administracji publicznej odbiera od strony, na jej wniosek, oświadczenie złożone pod rygorem odpowiedzialności za fałszywe zeznania”.

Załączniki do wniosku o refundację kosztów opieki:

1. Zaświadczenie o przychodach za dany miesiąc ubiegania się o refundację – w przypadku podjęcia zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej osiąganie z tego tytułu miesięcznie przychodów nieprzekraczających minimalnego wynagrodzenia za pracę tj. od dnia 01.01.2025 r. jest to kwota 4.666,00 zł brutto.
2. Zaświadczenie z instytucji zajmującej się opieką nad dzieckiem lub dziećmi do lat 7 lub dzieckiem niepełnosprawnym do 18 roku życia za dany miesiąc ubiegania się o refundację lub umowę cywilnoprawną (spełniającą wymagania nałożone odrębnymi przepisami – podatkowe, ubezpieczeń społecznych) np. z opiekunką.
3. Dowód, (dowody) potwierdzenia poniesienia kosztów za dany miesiąc ubiegania się o refundację.

* niepotrzebne skreślić