STAROSTA NAKIELSKI

………………………………………………….. za pośrednictwem

(imię i nazwisko) Powiatowego Urzędu Pracy

 w Nakle nad Notecią

adres: …………………………………………… ........................................................

 (data wpływu wniosku do PUP)

…………………………………………………..

tel. ……………………………………………… ........................................................

(pozycja w rejestrze zgłoszeń)

**WNIOSEK**

**o zawarcie umowy dot. refundacji kosztów opieki nad dzieckiem do lat 6 / dzieckiem niepełnosprawnym do 7 roku życia / osobą zależną\***

na podstawie art. 61 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy wnoszę o przyznanie refundacji kosztów poniesionych na opiekę nad dzieckiem (dziećmi) lub osobą zależną w związku:

1. z podjęciem zatrudnienia, innej pracy zarobkowej
od dnia ……………………………….. do dnia ………….……………………….. .
2. skierowaniem przez Powiatowy Urząd Pracy w Nakle nad Notecią na staż, szkolenie, przygotowanie zawodowe dorosłych\*

Dane dziecka(i) do lat 6/dziecka niepełnosprawnego do 7 r.ż./osoby zależnej

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko**  | **Data urodzenia**  | **Stopień pokrewieństwa** | **Stopień niepełnosprawności** | **Wspólne gospodarstwo domowe** **(TAK/NIE)** |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |

Jednocześnie:

1. przyjmuję do wiadomości, że w przypadku osiągnięcia z tytułu zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej miesięcznych przychodów przekraczających minimalne miesięczne wynagrodzenie, **refundacja kosztów opieki nie przysługuje**,
2. zobowiązuję się niezwłocznie poinformować Powiatowy Urząd Pracy w Nakle n. Notecią o fakcie przerwania zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej, stażu, przygotowania zawodowego dorosłych, szkolenia.

 …………………………………………..

 podpis wnioskodawcy

**Załączniki do wniosku:**

1. dokument potwierdzający zatrudnienie,
2. akt urodzenia dziecka oraz jeżeli dziecko jest niepełnosprawne orzeczenie
o stopniu niepełnosprawności,
3. orzeczenie o stopniu niepełnosprawności oraz dokument potwierdzający stopień pokrewieństwa lub powinowactwa, w przypadku wniosku o refundację kosztów opieki nad osobą zależną,
4. dokument potwierdzający zawarcie umowy dot. świadczenia opieki nad dzieckiem lub osobą zależną.

**Adnotacje powiatowego urzędu pracy:**

Wnioskodawca :

- posiada lub posiadał/a\* status osoby bezrobotnej od dnia ………………..…….. do dnia ……………………...,

-podjął zatrudnienie lub inną pracę zarobkową\* od dnia …………………….….. do dnia ……….…...……..…..…,

- podjął staż, przygotowanie zawodowe dorosłych, szkolenie\* od dnia ………….……… do dnia ………...………,

- sprawuje opiekę nad dzieckiem (dziećmi) do lat 6, dzieckiem niepełnosprawnym do 7 roku życia lub nad osobą zależną - TAK - NIE\*

- zawarł umowę o świadczenie usług opiekuńczych – TAK - NIE\*

Spełnia – nie spełnia\* warunki do przyznania refundacji kosztów opieki.

Przyznano refundację na okres od dnia ……………..…………… do dnia ……………………….....

za …………. /podać ilość osób/.

…………………………………………

 podpis pracownika PUP

**DECYZJA STAROSTY LUB OSOBY UPOWAŻNIONEJ:**

**Rozpatrzenie wniosku:**

* POZYTYWNE
* NEGATYWNE

**Uzasadnienie:** Nie przyznano refundacji kosztów opieki nad dzieckiem do lat 6 / dzieckiem niepełnosprawnym do 7 roku życia / osobą zależną\* z powodu:

………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………....………

……………………………………………………………………………………………………………….………

………………………………. ……….…....……………………………………………

 (data) (podpis i pieczątka Starosty lub osoby upoważnionej)

\*) niepotrzebne skreślić