Przeworsk, dnia ...............................

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

 (imię, nazwisko)

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

 (adres i miejsce zamieszkania)

……………………………………………………

PESEL **POWIATOWY URZĄD PRACY**

**W PRZEWORSKU**

**WNIOSEK**

**o refundację kosztów opieki nad co najmniej jednym dzieckiem do 6 roku życia/**

 **co najmniej jednym dzieckiem niepełnosprawnym do 7 roku życia / osobą zależną\***

**w ramach projektu konkursowego „Zatrudnienie 30+”**

Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014 – 2020 Oś Priorytetowa VII Regionalny Rynek Pracy Działanie 7.1 Poprawa sytuacji osób bezrobotnych na rynku pracy – projekty konkursowe.

**1. Wnoszę o przyznanie refundacji kosztów opieki nad:**

1.1. Dzieckiem do 6 roku życia /dzieckiem do lat 7**\***:

 **Imię (-ona) i nazwisko (-a) dziecka / dzieci**

1.2. Osobą zależną:

 **Imię i nazwisko osoby zależnej**

**2.** **Dane członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym:**

 Imię i nazwisko PESEL stopień pokrewieństwa

2.1.

2.2.

2.3.

2.4.

2.5.

2.6.

2.7.

**3. Oświadczam, że:**

3.1 Podjąłem(-ęłam) staż

w: .

 **Nazwa zakładu pracy**

 **Adres zakładu pracy kod pocztowy poczta**

Od dnia: do dnia:

 **DD MM RRRR DD MM RRRR**

3.2 Sprawuję opiekę nad dzieckiem do 6 roku życia/ dziećmi do lat 7 / lub opiekę nad osobą zależną**\***

3.3 Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku przerwania stażu ustania statusu osoby, o której mowa w art. 49 pkt 5 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, zaprzestania sprawowania opieki nad dzieckiem do lat 7 lub osobą zależną, refundacja kosztów opieki nad dzieckiem do 6 roku życia/dziećmi do lat 7 lub nad osobą zależną nie przysługuje.

3.4 **Zapoznałem(łam) się z zasadami przyznawania i wypłaty refundacji kosztów opieki nad dzieckiem/dziećmi do 7 roku życia lub osobą zależną.**

3.5 Przyznaną kwotę ryczałtu na pokrycie kosztów opieki na dzieckiem/ dziećmi do 7 roku życia/ osobą zależną\* proszę przekazać na konto nr:

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

**ŚWIADOMY/A ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ ZA SKŁADANIE FAŁSZYWYCH ZEZNAŃ
OŚWIADCZAM, ŻE WSZELKIE PODANE PRZEZE MNIE W NINIEJSZYM WNIOSKU DANE SĄ ZGODNE ZE STANEM FAKTYCZNYM**.

.………………………………………………………………

 **Data i czytelny podpis Wnioskodawcy**

**Do wniosku należy dołączyć:**

1. Dokument potwierdzający sprawowanie opieki nad:

− dzieckiem/dziećmi do 7 roku życia: Akt/y urodzenia dziecka/dzieci – kserokopia;

− osobą zależną: Orzeczenie o niepełnosprawności oraz dokument potwierdzający stopień pokrewieństwa lub powinowactwa.

2. Dokumenty potwierdzające planowane / poniesione koszty (np. umowa z przedszkolem, żłobkiem, umowa uaktywniająca).

3. Potwierdzenie zgłoszenia do ZUS-u (formularz ZUS ZUA) – w przypadku umowy uaktywniającej.

**\* niewłaściwe skreślić**