

.....
 (imię, nazwisko)

Koszalin, dnia.....

.....
 (adres zamieszkania)

Powiatowy Urząd Pracy w Koszalinie

.....
 (PESEL)

Wniosek o przyznanie refundacji kosztów opieki nad osobą zależną

Zgodnie z art. 61 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t.j. Dz.U. z 2025r. poz. 214 z późn. zm.), w związku z: podjęciem zatrudnienia, innej pracy zarobkowej / skierowaniem przez Urząd Pracy na staż, przygotowanie zawodowe dorosłych; na szkolenie* proszę o refundację poniesionych kosztów opieki nad niżej wymienioną osobą zależną :

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

Informuję, że z dniem podjęłam (ąłem) zatrudnienie, inną pracę zarobkową, zostałam(em) skierowana (y) na staż, przygotowanie zawodowe, szkolenie* w.....

.....
 (nazwa i adres pracodawcy)

Koszt opieki wynosić będzie zł. miesięcznie.

Jednocześnie informuję, że za wykonaną pracę będę uzyskiwał(a) przychód brutto w wysokościzł. miesięcznie**.

*niepotrzebne skreślić

** nie dotyczy osób skierowanych na staż , przygotowanie zawodowe dorosłych lub szkolenie.

.....
 (podpis)

Załączniki do wniosku:

1. Dokument potwierdzający podjęcie zatrudnienia (kopię umowy o pracę, umowy cywilnoprawnej).
2. Zaświadczenie o przebywaniu osoby zależnej w instytucji lub placówce opiekuńczej lub z innej instytucji zajmującej się opieką z zaznaczeniem, od kiedy przebywa w w/w placówce lub kopię umowy cywilnoprawnej zawartej z osobą fizyczną.
3. Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności osoby zależnej (do wglądu) lub zaświadczenie lekarskie potwierdzające, że osoba zależna wymaga ze względu na stan zdrowia lub wiek stałej opieki.
4. Oświadczenie o stopniu pokrewieństwa lub powinowactwa wnioskodawcy z osobą zależną,

.....
 wypełnia PUP

Wnioskodawca przedłożył/nie przedłożył do wglądu dokumentów wymienionych jako Załączniki do wniosku pkt 3.

.....
 (data i podpis)

Sygn. RefundacjiU2 sprawdzono

Forma aktywizacji: staż, szkolenie, przygotowanie zawodowe dorosłych, zatrudnienie.

Maksymalna możliwa refundacja okres refundacji.....

Przyznano/ nie przyznano refundację opieki nad osobą zależną (powód).....

uwagi

.....
 (data i podpis)

Oświadczenie wnioskodawcy :

1. Oświadczam, że zapoznałam(em) się z treścią Zasad refundacji kosztów opieki nad dzieckiem (dziećmi) lub osobą zależną obowiązujących w PUP w Koszalinie.
2. Zostałam(em) poinformowany, iż warunkiem refundacji kosztów opieki jest osiągnięcie z tytułu zatrudnienia, innej pracy zarobkowej, stażu, przygotowania zawodowego dorosłych oraz szkolenia miesięcznie przychodów nieprzekraczających minimalnego wynagrodzenia za pracę.
3. Zobowiązuję się niezwłocznie, jednak nie później niż w ciągu pięciu dni poinformować Powiatowy Urząd Pracy w Koszalinie o fakcie:
 - przerwania zatrudnienia, przygotowania zawodowego, stażu, szkolenia bądź o zaistnieniu innych okoliczności powodujących utratę statusu bezrobotnego lub innych okolicznościach powodujących utratę prawa do refundacji poniesionych kosztów.
 - rozwiązania lub zmiany treści umowy cywilnoprawnej zawartej z osobą fizyczną w zakresie opieki i zatrudnienia.
4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb rozpatrzenia wniosku o przyznanie refundacji z tytułu kosztów opieki nad dzieckiem lub dziećmi lub osobą zależną zgodnie z *Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.*
5. Jestem świadoma(y) odpowiedzialności karnej za złożenie nieprawdziwych oświadczeń.

.....
(data i podpis wnioskodawcy)