



.....  
( imię i nazwisko )

.....  
( miejscowość, data )

.....  
( data urodzenia )

.....  
( nr w rejestrze MUP – wypełnia urząd )

.....  
( nr telefonu )

Miejski Urząd Pracy w Kielcach  
Centrum Aktywizacji Zawodowej

**WNIOSEK O REFUNDACJĘ KOSZTÓW OPIEKI  
nad dzieckiem (dziećmi) do 6 roku życia, dzieckiem niepełnosprawnym do 7 roku życia  
lub osobą zależną**

*Podstawa prawna: art. 61 w związku z art. 49 pkt 5 Ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t. j. Dz. U. z 2019 r., poz. 1482 z późn. zm.) oraz Zasady refundacji kosztów opieki na dzieckiem (dziećmi) lub osobą zależną obowiązujące w Miejskim Urzędzie Pracy w Kielcach*

**W związku z podjęciem przeze mnie na okres od ..... do .....\*:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> odbywania stażu                     | <input type="checkbox"/> przygotowania zawodowego dorosłych |
| <input type="checkbox"/> zatrudnienia/innej pracy zarobkowej | <input type="checkbox"/> szkolenia                          |

**zwracam się z prośbą o przyznanie refundacji kosztów opieki nad:\***

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> dzieckiem (dziećmi) do 6 roku życia        | <input type="checkbox"/> osobą zależną |
| <input type="checkbox"/> dzieckiem niepełnosprawnym do 7 roku życia |  |

**Dane dziecka do 6 roku życia (dziecka niepełnosprawnego do 7 roku życia) lub osoby zależnej:**

LP	Imię i nazwisko	Data urodzenia	Adres zamieszkania	Forma opieki**	Nazwa i adres placówki sprawującej opiekę	Szacunkowy miesięczny koszt opieki
1						
2						
3						

Oświadczam, że uzyskiwane przeze mnie miesięczne wynagrodzenie lub inny przychód nie przekracza minimalnego wynagrodzenia za pracę i wynosi: .....

\*zaznaczyć właściwe

\*\* przedszkole, żłobek, inna placówka opiekuńcza lub osoba fizyczna

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

**PONADTO OŚWIADCZAM, ŻE:**

- zapoznałem/am się z *Zasadami refundacji kosztów opieki na dzieckiem (dziećmi) lub osobą zależną obowiązującymi w Miejskim Urzędzie Pracy w Kielcach*
- zobowiązuję się przedstawiać co miesiąc rozliczenie faktycznie poniesionych kosztów opieki wraz z ich udokumentowaniem
- zobowiązuję się niezwłocznie poinformować Miejski Urząd Pracy w Kielcach o przerwaniu: zatrudnienia/innej pracy zarobkowej, stażu, szkolenia oraz innych okolicznościach mogących mieć wpływ na refundację kosztów opieki

.....  
( podpis wnioskodawcy )

**Załączniki:**

- akt urodzenia dziecka / dzieci
- orzeczenie o niepełnosprawności dziecka (jeśli dotyczy)
- zaświadczenie lekarskie potwierdzające, że osoba zależna wymaga stałej opieki
- oświadczenie o stopniu pokrewieństwa lub powinowactwa z osobą zależną
- umowa o pracę lub dokument potwierdzający podjęcie innej pracy zarobkowej (jeśli dotyczy)
- umowa lub zaświadczenie o korzystaniu z opieki nad dzieckiem / dziećmi do 6 roku życia, dzieckiem niepełnosprawnym do 7 roku życia lub osobą zależną (np. umowa z przedszkolem, żłobkiem, osobą sprawującą opiekę, zaświadczenie o przebywaniu osoby zależnej w jednostce opiekuńczej, itp.)

**W/w dokumenty należy przedłożyć w oryginale lub ich kserokopie wraz z oryginałami do wglądu dla pracownika urzędu przyjmującego dokumenty**

**Wypełnia Miejski Urząd Pracy w Kielcach**

1	Znak sprawy:	
2	Osoba podjęta / została skierowana do:	
3	Na okres:	
4	Wnioskodawca spełnia warunki określone w art. 61 w związku art. 49 pkt 5 ustawy (...):	<b>TAK</b>
		<b>NIE</b>
5	Proponuję rozpatrzyć wniosek:	<b>POZYTYWNIENIE</b>
		<b>NEGATYWNIENIE</b>
6	Proponuję przyznać refundację kosztów opieki w okresie:	<b>OD DNIA</b>
		<b>DO DNIA</b>
7	Proponuję przyznać refundację kosztów opieki w kwocie:	
8	Uwagi:	

.....  
( data, podpis i pieczętka pracownika merytorycznego )

.....  
( data, podpis i pieczętka kierownika )

.....  
( decyzja i podpis )