

Ostrowiec Św. dn. ....

**Starosta Ostrowiecki**  
**Powiatowy Urząd Pracy**  
**w Ostrowcu**

**WNIOSEK**

**o przyznanie refundacji kosztów opieki nad dzieckiem/  
dziećmi do lat 6 lub niepełnosprawnym dzieckiem do lat 7  
lub osobą zależną\***

podstawa prawna

Art. 61 oraz art. 108 ust. 1 pkt 21 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jednolity Dz. U. z 2017 r. poz. 1065 z późn. zm.)

1. Imię i nazwisko wnioskodawcy .....
2. Adres .....
3. Nr telefonu do kontaktu .....
4. Stan cywilny .....
5. Dane I dziecka/osoby zależnej\*
  - Imię i nazwisko .....
  - Data urodzenia .....
  - PESEL .....
6. Dane II dziecka
  - Imię i nazwisko .....
  - Data urodzenia .....
  - PESEL .....
7. Dane III dziecka
  - Imię i nazwisko .....
  - Data urodzenia .....
  - PESEL .....
8. Nazwa banku i nr rachunku bankowego wnioskodawcy na który będzie przekazywana refundacja .....

Do wniosku załączam:

1. Kserokopię aktu urodzenia dziecka lub decyzję o uznaniu osoby za niezdolną do samodzielnej egzystencji;
2. Zaświadczenie o pobycie dziecka w żłobku/przedszkolu, innej placówce opiekuńczej lub kopię umowy cywilnoprawnej zawartej z opiekunką potwierdzonej w ZUS o zgłoszeniu do ubezpieczenia społecznego lub zaświadczenie o pobycie osoby zależnej w instytucji lub placówce opiekuńczej;
3. Inne dokumenty niezbędne do ustalenia stanu faktycznego.

.....  
Czytelny podpis wnioskodawcy

\*Niepotrzebne skreślić

## **KRYTERIA REFUNDACJI KOSZTÓW OPIEKI NAD DZIECKIEM/DZIEĆMI DO LAT 6 LUB NIEPEŁNOSPRAWNYM DZIECKIEM DO LAT 7 LUB OSOBĄ ZALEŻNĄ**

**Podstawa prawna:** Art. 61 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jednolity Dz. U. z 2017 r. poz. 1065 z późn. zm.)

Starosta Powiatu Ostrowieckiego – w miarę posiadania środków Funduszu Pracy – może dokonać refundacji kosztów opieki nad dzieckiem lub osobą zależną osobie bezrobotnej:

- wychowującej dziecko lub dzieci do lat 6 lub
- wychowującej co najmniej jedno dziecko niepełnosprawne do 7 roku życia lub
- osobie sprawującej opiekę nad osobą zależną,

jeżeli:

- Bezrobotny podejmie zatrudnienie lub inną pracę zarobkową lub został skierowany na staż, przygotowanie zawodowe dorosłych lub szkolenie i osiąga z tego tytułu miesięcznie przychody nieprzekraczające minimalnego wynagrodzenia za pracę;
  - Wniosek o refundację złożył w Powiatowym Urzędzie Pracy w Ostrowcu Św. w terminie 1 miesiąca od dnia podjęcia zatrudnienia innej pracy zarobkowej, rozpoczęcia stażu, przygotowania zawodowego lub szkolenia.
1. Refundacji kosztów opieki nad dzieckiem (dziećmi) lub osobą zależną dokonuje się po udokumentowaniu poniesionych kosztów, w wysokości uzgodnionej, nie wyższej jednak niż połowa zasiłku, o którym mowa w art. 72 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jednolity Dz. U. z 2017 r. poz. 1065 z późn. zm.), na każde dziecko, na opiekę którego poniesiono koszty.
  2. Refundacja kosztów przyznawana będzie od dnia poniesienia kosztów opieki nad dzieckiem lub osobą zależną nie wcześniej niż od dnia podjęcia zatrudnienia, innej pracy zarobkowej, stażu, przygotowania zawodowego dorosłych lub szkolenia.
  3. Refundacja będzie wypłacana przez okres do 6 miesięcy, nie dłużej niż do końca okresu pracy, stażu, przygotowania zawodowego dorosłych lub szkolenia.
  4. Wysokość refundacji za niepełny miesiąc ustalane będzie dzieląc kwotę refundacji przez 30 i mnożąc przez liczbę dni kalendarzowych przypadających w okresie, za który refundacja będzie przysługiwać.
  5. Wypłata refundacji dokonywana będzie z dołu za poprzedni miesiąc kalendarzowy po udokumentowaniu wysokości poniesionych kosztów opieki nad dzieckiem.
  6. Refundacja dokonywana jest za okresy miesięczne, na rachunek osobisty Wnioskodawcy w terminie 30 dni od dnia złożenia pisemnego rozliczenia poniesionych kosztów.
  7. Dokumentami potwierdzającymi poniesione koszty z tytułu opieki nad dzieckiem/dziećmi lub osobą zależną, są:
    - zaświadczenie od pracodawcy o osiąganych przychodach brutto w rozliczeniu miesięcznym,
    - dowód wpłaty opłaty stałej wraz z wyżywieniem za żłobek/przedszkole lub za pobyt osoby zależnej w instytucji lub placówce opiekuńczej,
    - potwierdzenie otrzymania wynagrodzenia z tytułu zawartej umowy cywilnoprawnej z osobą fizyczną sprawującą opiekę nad dzieckiem/dziećmi lub osobą zależną, nie spokrewnioną z osobą ubiegającą się o refundację oraz zgłoszenie opiekunki do ubezpieczenia społecznego w ZUS.
  8. W przypadku przerwania stosunku zatrudnienia/pracy zarobkowej, stażu, przygotowania zawodowego dorosłych lub szkolenia refundacja kosztów opieki nie przysługuje od dnia następnego po dacie określonej jako ostatni dzień zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej, odbywania stażu, przygotowania zawodowego dorosłych, szkolenia.
  9. Za osobę zależną uznaje się osobę wymagającą ze względu na stan zdrowia lub wiek stałej opieki, połączoną więzami rodzinnymi lub powinowactwem z osobą objętą usługami lub instrumentami rynku pracy lub pozostającą z nią we wspólnym gospodarstwie domowym; w celu potwierdzenia statusu osoby zależnej wymagane jest kserokopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub zaświadczenie lekarskie potwierdzające, że osoba zależna wymaga ze względu na stan zdrowia lub wiek stałej opieki.
  10. Urząd weryfikuje wpływające wnioski oraz może żądać wyjaśnień i przedłożenia dodatkowych dokumentów.
  11. Starosta może odmówić refundacji kosztów opieki nad dzieckiem/osobą zależną w przypadku:
    - braku środków finansowych na ten cel;
    - niespełniania przez osobę ubiegającą się o dokonanie zwrotu kosztów opieki nad dzieckiem warunków określonych w ustawie o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz niniejszych zasadach;
    - niewłaściwego udokumentowania poniesionych kosztów.

Zapoznałem/am się z powyższymi kryteriami refundacji kosztów opieki .....  
podpis wnioskodawcy

### **Wypełnia Powiatowy Urząd Pracy:**

Przyznano refundację kosztów opieki nad dzieckiem/dziećmi do lat 6 lub niepełnosprawnym dzieckiem do lat 7 lub osobą zależną\*, na okres od dnia ..... do dnia ..... w wysokości:

- poniesionych kosztów
- połowy zasiłku dla bezrobotnych miesięcznie \*

Zatwierdzam/nie zatwierdzam

.....  
podpis pracownika PUP

.....  
podpis Starosty lub osoby upoważnionej

\*niepotrzebne skreślić