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

(imię i nazwisko) (miejscowość, data)

…………………………………………..…..……..

(adres)

…………………………..………………………..……..

(pesel)

……………………………..………………..…..……..

(nr telefonu)

 **Powiatowy Urząd Pracy**

 **w Kamieniu Pomorskim**

**WNIOSEK**

**O REFUNDACJĘ PONIESIONYCH KOSZTÓW OPIEKI NAD DZIECKIEM DO 7 ROKU ŻYCIA**

*Podstawa prawna: art. 61 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t. j. Dz. U 2020r. poz. 1409)*

Zwracam się z prośbą o refundację kosztów opieki nad dzieckiem ……………………………………………………

 (imię i nazwisko dziecka)

ur. ………………………………… za miesiąc …………………………..………. 2021r. w kwocie ……………………… .

W miesiącu ……………………… 2021r. z tytułu opieki nad dzieckiem poniosłam/em koszty w wysokości ……..

W miesiącu ……………………… 2021r. osiągnęłam/em przychód\*\* w wysokości ......................................

**\***Refundację kosztów opieki proszę przekazać na rachunek bankowy

 nr ……………………………………………………………………………………………………………………………………

**\*** Refundację kosztów opieki odbiorę w kasie Banku Spółdzielczego.

 Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań zgodnie z art. 233 §1 Kodeksu karnego, który brzmi: „Kto składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8” oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.

 ……………………………………………

 (czytelny podpis)

**Załączniki:**

1. Kserokopia odpisu aktu urodzenia dziecka (oryginał do wglądu) przy złożeniu pierwszego wniosku.
2. Orzeczenie o niepełnosprawności dziecka w przypadku posiadania dziecka niepełnosprawnego do 18 roku życia.
3. Zaświadczenie potwierdzające poniesione koszty opieki nad dzieckiem.
4. Lista obecności potwierdzona za zgodność z oryginałem.

**Wniosek o zwrot poniesionych kosztów opieki nad dzieckiem do 7 roku życia należy składać w Powiatowym Urzędzie Pracy do 5-go dnia kalendarzowego każdego miesiąca następującego po miesiącu, którego dotyczy refundacja.**

**\*** *odpowiednie zaznaczyć*

**\*\*przychody –** oznacza to przychody z innego tytułu niż zatrudnienie, inna praca zarobkowa, działalność gospodarcza, zasiłek lub inne świadczenie wypłacane z Funduszu Pracy, podlegające opodatkowaniu na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych