|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| miejscowość i data | pieczęć Powiatowego Urzędu Pracy w Chrzanowie |

## **WNIOSEK O REFUNDACJĘ KOSZTÓW OPIEKI NAD DZIECKIEM/DZIEĆMI** **DO 7. ROKU ŻYCIA, A W PRZYPADKU DZIECKA NIEPEŁNOSPRAWNEGO – DO 18. ROKU ŻYCIA**

## Na podstawie art. 146 ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia.

#### **DANE OSOBY BEZROBOTNEJ ORAZ ORGANIZATORA STAŻU/** INSTYTUCJI SZKOLENIOWEJ

|  |  |
| --- | --- |
| imię i nazwisko |  |
| adres zamieszkania |  |
| nazwa i adres organizatora stażu/instytucji szkoleniowej  |  |
| okres stażu/szkolenia (od-do) |  |
| okres, którego dotyczy refundacja kosztów opieki nad dzieckiem/dziećmi do 7. roku życia, a w przypadku dziecka niepełnosprawnego – do 18. roku życia (od dnia do dnia) |  |

# **Jednocześnie oświadczam, iż koszt opieki nad dzieckiem/dziećmi do 7. roku życia, a w przypadku dziecka niepełnosprawnego – do 18. roku życia wynosi:**

|  |  |
| --- | --- |
| całkowity miesięczny koszt: |  |

# **Refundację kosztu opieki nad dzieckiem/dziećmi proszę przekazać na rachunek bankowy:**

|  |  |
| --- | --- |
| nr rachunku bankowego |  |

|  |  |
| --- | --- |
| czytelny podpis bezrobotnego |  |

# Załączniki:

# faktury, rachunki lub inne dokumenty potwierdzające poniesione koszty za miesiąc rozliczeniowy z tytułu opieki nad dzieckiem/dziećmi;

# kopia listy obecności;

#### kopia umowy zawarta z przedszkolem/żłobkiem/lub innego dokumentu (np. zaświadczenie ) potwierdzającego uczęszczanie dziecka do przedszkola/żłobka (jednorazowo do pierwszego wniosku).