

DOTYCZĄCE WNIOSKU:
data wpływu ZNAK

pieczęć i podpis osoby przyjmującej wniosek

....., r. r.

Miejscowość data

[illegible]

**Prezydent
Miasta Bydgoszczy**

UWAGA: W przypadku gdy wniosek będzie nieprawidłowo wypełniony lub nieczytelnie, podpisany przez nieupoważnioną osobę, bez kompletu dokumentów, Powiatowy Urząd Pracy wyznaczy 7-dniowy termin na uzupełnienie wniosku. Wniosek niezgodny z wskazanym terminie pozostawia się bez rozpoznania.

**o przyznanie refundacji kosztów opieki nad dzieckiem do 7. roku życia,
a w przypadku dziecka niepełnosprawnego do 18. roku życia lub nad osobą zależną¹**

- 1.1. dzieckiem/dziećmi², tj.

imię i nazwisko dziecka/dzieci

[illegible]

- 1.2. osobą zależną

imię i nazwisko osoby zależnej

[illegible]

2. Oświadczam, że:

- 2.1. Podjąłem(-ęłam) zatrudnienie / inną pracę zarobkową / inną formę pomocy ²

nazwa pracodawcy

[illegible]

adres pracodawcy (ulica, nr budynku, nr lokalu)

[illegible]

			miejscowość

kod pocztowy

[illegible]

od dnia

do dnia

$$\begin{array}{|c|c|} \hline & \\ \hline \end{array} - \begin{array}{|c|c|} \hline & \\ \hline \end{array} - \begin{array}{|c|c|c|c|} \hline & & & \\ \hline \end{array} r.$$
$$\boxed{} \boxed{} - \boxed{} \boxed{} - \boxed{} \boxed{} \boxed{} \boxed{} r.$$

1 Osoba zależna oznacza to osobę wymagającą ze względu na stan zdrowia lub wiek stałej opieki, połączoną więzami rodzinnymi lub powinowactwem z wnioskodawcą, lub pozostającą z nią we wspólnym gospodarstwie domowym.

2 Niepotrzebne skreślić.

- 2.2. Sprawuję opiekę nad dzieckiem/dziećmi² do 7. roku życia lub 18. roku życia w przypadku dziecka niepełnosprawnego / lub opiekę nad osobą zależną².
- 2.3. **Oświadczam, że koszty objęte refundacją nie zostały i nie zostaną sfinansowane z innych środków publicznych.**
- 2.4. Oświadczam, że **posiadam / nie posiadam²** zaległości podatkowe(-ych).
- 2.5. Oświadczam, że **posiadam / nie posiadam / nie dotyczy²** zaległości z tytułu niepłacenia składek na ubezpieczenia społeczne rolników lub na ubezpieczenie zdrowotne (dot. KRUS).
- 2.6. Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku przerwania zatrudnienia, innej pracy zarobkowej lub innej formy pomocy lub zaprzestania sprawowania opieki nad dzieckiem/dziećmi lub nad osobą zależną lub nieponiesienia kosztów związanych z opieką nad dzieckiem/dziećmi lub nad osobą zależną lub osiągnięcia z tytułu zatrudnienia, innej pracy zarobkowej lub uczestnictwa w innej formie pomocy miesięcznych przychodów przekraczających minimalne wynagrodzenie za pracę zgodnie z ustawą z dnia 10.10.2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę (refundacja za ten miesiąc nie przysługuje; nie powoduje to wydłużenia całkowitego okresu przysługiwania refundacji o kolejny miesiąc) lub ukończenia przez dziecko 7. roku życia, a w przypadku dziecka niepełnosprawnego 18. roku życia, **refundacja kosztów opieki nie przysługuje.**
- 2.7. Zapoznałem(-am) się z zasadami refundacji przez Powiatowy Urząd Pracy w Bydgoszczy kosztów opieki nad dzieckiem do 7. roku życia, a w przypadku dziecka niepełnosprawnego do 18. roku życia lub nad osobą zależną oraz klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych dla osób bezrobotnych, poszukujących pracy i osób niezarejestrowanych, w tym osób biernych zawodowo (dostępną m.in. na stronie BIP PUP w Bydgoszczy).

Do wniosku należy dołączyć:

1. Dokument potwierdzający sprawowanie opieki nad:
 - dzieckiem do 7. roku życia, a w przypadku dziecka niepełnosprawnego do 18. roku życia – np. akt urodzenia, dokument potwierdzający niepełnosprawność dziecka (do wglądu),
 - osobą zależną – dokument potwierdzający konieczność sprawowania stałej opieki nad osobą ze względu na jej stan zdrowia lub wiek oraz dokument potwierdzający więzy rodzinne lub powinowactwa, lub pozostawania we wspólnym gospodarstwie domowym;
2. Dokumenty potwierdzające planowane / poniesione koszty (np. umowa z przedszkolem, żłobkiem, umowa uaktywniająca);
3. Dokument potwierdzający podjęcie zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej (np. umowa o pracę, umowa cywilnoprawna);
4. Potwierdzenie zgłoszenia do ZUS-u (formularz ZUS ZUA/ZUS ZZA) – dotyczy tylko umowy uaktywniającej.

OŚWIADCZAM, ŻE WSZYSTKIE INFORMACJE PODANE W NINIEJSZYM WNIOSKU SĄ ZGODNE Z PRAWDĄ ORAZ ZOSTAŁY PRZEDSTAWIONE Z PEŁNĄ ŚWIADOMOŚCIĄ KONSEKWENCJI WPROWADZENIA PREZYDENTA MIASTA BYDGOSZCZY W BŁĄD PRZY PRZEDSTAWIANIU INFORMACJI

Data i czytelny podpis wnioskodawcy

Stanowisko w sprawie rozpatrzenia wniosku:

(Wypełnia Centrum Aktywizacji Zawodowej Powiatowego Urzędu Pracy w Bydgoszczy)

Bydgoszcz, dnia

Pieczętka i podpis pracownika PUP