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

miejscowość, data

**Powiatowy Urząd Pracy w Malborku**

**Aleja Armii Krajowej 70**

**82-200 Malbork**

**WNIOSEK**

**O REFUNDACJĘ KOSZTÓW OPIEKI NAD DZIECKIEM DO 7 ROKU ŻYCIA, DZIECKIEM NIEPEŁNOSPRAWNYM DO 18 ROKU ŻYCIA LUB OSOBĄ ZALEŻNĄ**

**1. Imię i nazwisko:** ………………………………………………………….…………….…

**2. Adres zamieszkania:** ……………………….……………………………………………

**3. Nr PESEL:** …………………………………………………………………………………

**4. Nr telefonu** …………………………..……..…… **e-mail** ………………………… …..

Zgodnie z art. 146 ustawy z dnia 20 marca 2025r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia, w związku z podjęciem w dniu …………………………….

 **zatrudnienia**  **innej pracy zarobkowej  innej formy pomocy**

 w okresie od …………………….….… do …………………….….……

w …………………………………………………………………………………………

(nazwa pracodawcy/jednostki szkolącej)

**wnioskuję o przyznanie refundacji kosztów opieki nad:**

* dzieckiem/dziećmi do 7 roku życia,
* dzieckiem/ dziećmi niepełnosprawnymi do 18 roku życia
* osobą zależną.

**na okres od** ………………………… **do** ……………………………..… **w wysokości** ………………….……… **zł miesięcznie**. [[1]](#footnote-1)

**Dane dot. dziecka lub osoby zależnej:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Pesel** | **Adres zamieszkania** | **Miesięczny koszt opieki** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Suma miesięcznych kosztów** |  |

Numer rachunku bankowego do refundacji kosztów:

………………………………………………………………………………………………

**Oświadczenie:**

1. Zobowiązuję się niezwłocznie poinformować Urząd Pracy o fakcie przerwania zatrudnienia, innej pracy zarobkowej, innej formy pomocy, bądź o zaistnieniu innych okoliczności powodujących utratę prawa do ww. świadczenia, np. uzyskanie przychodu przekraczającego kwotę minimalnego wynagrodzenia za pracę.
2. Zostałem/am poinformowany/a o możliwości ubiegania się o zaliczkę na refundację kosztów opieki nad dzieckiem/ dziećmi/ osobą zależną i konieczności złożenia pisemnego wniosku, który musi zawierać uzasadnienie potrzeby wypłaty zaliczki i jej kwotę.
3. Jestem właścicielem wskazanego rachunku bankowego.
4. Mam prawo/ Nie mam prawa [[2]](#footnote-2)do dofinasowania, świadczenia lub innych dopłat związanych z kosztami opieki nad wskazaną we wniosku osobą\* tj. np. świadczenia „aktywnie w żłobku”, świadczenia „aktywnie w domu”, inne źródło (jakie): ……………….………..…………………….………….. w wysokości …………… zł
5. **Zapoznałem/am** się z Regulamin refundacji kosztów opieki nad dzieckiem do 7 roku życia, dziecka niepełnosprawnego do 18 roku życia oraz nad osobą zależną w Powiatowym Urzędzie Pracy w Malborku dostępnym na stronie Urzędu Pracy malbork.praca.gov.pl w zakładce „dokumenty do pobrania”.

**Podane dane są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**

…………………………………….……

czytelny podpis Wnioskodawcy

**Załączniki do wniosku:**

1.Oświadczenie Wnioskodawcy- załącznik nr 1 do wniosku,

2. Kserokopia dokumentu potwierdzającego podjęcie zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej (umowa o pracę, umowa cywilnoprawna itp.) - jeśli dotyczy

3. w przypadku refundacji:

1) kosztów opieki na dzieckiem:

1. Kserokopia aktu urodzenia dziecka lub inny dokument potwierdzający fakt prawnej opieki nad dzieckiem;
2. Zaświadczenie o przyjęciu/uczęszczaniu dziecka do żłobka, przedszkola itp. z zaznaczeniem od kiedy przebywa w w/w placówce lub kserokopia umowy zawartej ze żłobkiem/przedszkolem itp. bądź kserokopia umowy zawartej z osobą fizyczną o sprawowanie opieki nad dzieckiem i kserokopia poświadczenia zgłoszenia zawarcia tejże umowy do ZUS - ze wskazaniem miesięcznego kosztu opieki;
3. Kserokopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności dziecka – w przypadku opieki nad dzieckiem niepełnosprawnym- jeśli dotyczy;

2) kosztów opieki nad osobą zależną:

a) Kserokopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności osoby zależnej lub zaświadczenie lekarskie potwierdzające, że osoba zależna wymaga ze względu na stan zdrowia lub wiek stałej opieki,

b) Oświadczenie o stopniu pokrewieństwa lub powinowactwa Wnioskodawcy z osobą zależną lub o pozostawaniu we wspólnym gospodarstwie domowym – załącznik nr 2– jeśli dotyczy

c) Dokument potwierdzający fakt sprawowania prawnej opieki nad osobą zależną – jeśli dotyczy.

Wszystkie kserokopie dołączone do wniosku muszą być potwierdzone „za zgodność z oryginałem” i opatrzone aktualną datą i podpisem Wnioskodawcy.

Załącznik nr 1 do wniosku o refundację kosztów opieki nad dzieckiem do 7 roku życia, dzieckiem niepełnosprawnym do 18 roku życia lub nad osobą zależną

**Oświadczenie Wnioskodawcy**

Ja niżej podpisany/na:

imię i nazwisko: .......................................................................................................

oświadczam, że zostałem/łam poinformowany/na o niżej wymienionych warunkach refundacji kosztów opieki nad dzieckiem/ osobą zależną i przyjąłem/łam je do stosowania:

1. Dokumenty w postaci rozliczenia poniesionych kosztów opieki nad dzieckiem lub osobą zależną winny być składane do 20-go dnia miesiąca następującego po miesiącu, za który osoba ubiega się o refundację.

2. Urząd dokona refundacji kosztów opieki w terminie 30 dni kalendarzowych od dnia otrzymania kompletnego rozliczenia, pod warunkiem posiadania przez Urząd środków pieniężnych na rachunku bankowym.

3. Wzór rozliczenia faktycznie poniesionych kosztów opieki nad dzieckiem do 7 roku życia, dzieckiem niepełnosprawnym do 18 roku życia lub osobą zależną stanowi załącznik nr 1 do umowy o refundację kosztów opieki nad dzieckiem/ osobą zależną .

4. Do rozliczenia, o którym mowa w punkcie 3 należy dołączyć:

a) zaświadczenie potwierdzające wysokość osiągniętego miesięcznego przychodu z tytułu zatrudnienia lub wykonywania innej pracy zarobkowej, za okres za który osoba ubiega się o refundację,

b) zaświadczenie o faktycznie poniesionych kosztach z tytułu opieki nad dzieckiem lub osobą zależną za dany miesiąc (w przypadku gdy opiekę sprawuje placówka opiekuńcza) z podaniem wysokości opłaty oraz danych osobowych dziecka lub osoby zależnej i miesiąca, którego dotyczy opłata – zaświadczenie w przypadku, gdy dotyczy więcej niż jednej osoby winno wskazywać koszty poniesione na każdą z osób;

c) kserokopie dokumentów potwierdzających dokonanie opłaty za żłobek/przedszkole/placówkę opiekuńczą/umowę o sprawowanie opieki nad dzieckiem lub osobą zależną (np. wydruk z konta bankowego, lista płac lub oświadczenie opiekunki o otrzymanym wynagrodzeniu zawierające dane osoby opłacającej rachunki oraz dane dziecka/osoby zależnej, a także miesiąc, którego dotyczy opłata).

5. Refundacja dokonywana jest za okresy miesięczne, na rachunek osobisty Wnioskodawcy wskazany w rozliczeniu.

6. Urząd nie ponosi odpowiedzialności za zwrot przez bank dokonanej przez Urząd refundacji, w przypadku podania przez Wnioskodawcę błędnego lub nienależącego do niego rachunku bankowego.

7. Kwotę refundacji za niepełny miesiąc ustala się dzieląc kwotę poniesionych kosztów przez 30 i mnożąc przez liczbę dni kalendarzowych przypadających w okresie, za który świadczenie przysługuje.

8. Urząd Pracy może żądać wyjaśnień i przedłożenia dodatkowych dokumentów weryfikując złożone rozliczenia.

9. Urząd Pracy zastrzega sobie prawo dokonania kontroli w miejscu wskazanym w umowie, jako miejsce sprawowania opieki nad dzieckiem/dziećmi/ osobą zależną.

……………………………….……

czytelny podpis Wnioskodawcy

Załącznik nr 2 do wniosku o refundację kosztów opieki nad dzieckiem do 7 roku życia, dzieckiem niepełnosprawnym do 18 roku życia lub nad osobą zależną

**OŚWIADCZENIE**

o stopniu pokrewieństwa lub powinowactwa Wnioskodawcy z osobą zależną

lub o pozostawaniu we wspólnym gospodarstwie domowym

Ja, niżej podpisany(a):

Imię i nazwisko Wnioskodawcy: ......................................................

PESEL: ......................................................

Adres zamieszkania: ......................................................

**oświadczam, że:**

🔲 pozostaję w stopniu pokrewieństwa/powinowactwa\* z osobą zależną, nad którą sprawuję opiekę:

Imię i nazwisko osoby zależnej: ......................................................

Stopień pokrewieństwa/powinowactwa: ......................................................

lub

🔲 pozostaję we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą zależną:

Imię i nazwisko osoby zależnej: ......................................................

Adres wspólnego zamieszkania: ......................................................

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

...................................................... ......................................................

Miejscowość, data Podpis Wnioskodawcy

**KLAUZULA INFORMACYJNA OGÓLNA**

**DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH**

**DLA KLIENTÓW POWIATOWEGO URZĘDU PRACY W MALBORKU**

Z uwagi na obowiązek stosowania Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej: Rozporządzenie RODO), aktualne będą poniższe zasady związane z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych :

1. 1. Administratorem danych jest **Powiatowy Urząd Pracy w Malborku,** z siedzibą pod adresem: Al. Armii Krajowej 70, 8-200 Malbork. Kontakt z administratorem możliwy jest osobiście lub korespondencyjnie na wskazany adres, telefonicznie pod numerem tel./ fax 55 272 33 51**,** poprzez stronę internetową lub za pośrednictwem poczty elektronicznejsekretariat@malbork.praca.gov.pl
2. 2. W sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych, a także przysługujących w tym zakresie praw można kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wyznaczonym w Jednostce za pomocą poczty elektronicznej: iodo@malbork.praca.gov.pl lub pisemnie na adres siedziby administratora.
3. 3. Administrator przetwarza Pani/Pana dane osobowe na podstawie
	1. art. 6 ust. 1 lit. c Rozporządzenia RODO w celu realizacji obowiązków nałożonych na powiatowe urzędy pracy przepisami prawa w szczególności ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (dalej: Ustawa), a także aktów wykonawczych wydanych na jej podstawie.
	2. przetwarzanie danych dotyczących zdrowia, może opierać się dodatkowo na art. 9 ust. 2 lit. b Rozporządzenia RODO tj. przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązków i wykonywania szczególnych praw przez administratora lub osobę, której dane dotyczą, w dziedzinie prawa pracy, zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej, o ile jest to dozwolone prawem Unii lub prawem państwa członkowskiego.
4. 4. Administrator przetwarza dane osób wskazanych w art. 37 ust. 1 Ustawy w celu wykonania zadań wynikających z art. 38 ust. 1, w tym w szczególności: rejestracji bezrobotnych i poszukujących pracy, przyznawania i wypłat zasiłków oraz innych świadczeń z tytułu bezrobocia, organizowania form pomocy określonych w ustawie, w szczególności pośrednictwa pracy, poradnictwa zawodowego, szkoleń, staży oraz prac interwencyjnych i robót publicznych, legalizacji pracy cudzoziemców, wydawania decyzji administracyjnych, prowadzenia postępowań kontrolnych i windykacyjnych.
5. 5. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji celu dla jakiego zostały zebrane, zgodnie z terminami określonymi w szczegółowych przepisach prawa, w szczególności ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach, a także Rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych. Dane mogą być przetwarzane dłużej w sprawach, w których nie doszło do przedawnienia roszczeń np. zobowiązań finansowych lub termin ten uległ wydłużeniu, a przetwarzanie jest niezbędne do zrealizowania celu.
6. 6. Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane upoważnionym z mocy prawa podmiotom, w tym organom władzy publicznej oraz podmiotom wykonującym zadania publiczne w zakresie i celach wynikających z przepisów prawa, dostawcom systemów IT, z którymi współpracuje Administrator, w celu utrzymania ciągłości oraz poprawności działania systemów, podmiotom prowadzącym działalność pocztową lub kurierską, w celu dostarczenia korespondencji, podmiotom z którymi współpracuje Administrator na podstawie stosownych umów powierzenia przetwarzania danych.
7. 7. Podanie danych dla realizacji obowiązków prawnych, jest obligatoryjne, a obowiązek podania danych wynika z przepisów prawa.
8. 8. Pani/Pana dane mogą być przetwarzane w sposób zautomatyzowany, przy czym nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji i mogą być profilowane wyłącznie w zakresie wynikającym z przepisów prawa.
9. 9. W związku z przetwarzaniem danych osobowych, w sytuacjach przewidzianych w Rozporządzeniu RODO przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do swoich danych (art. 15 Rozporządzenia RODO), sprostowania (art. 16 Rozporządzenia RODO), usunięcia (wyłącznie w przypadkach określonych w art. 17 Rozporządzenia RODO), ograniczenia przetwarzania (art. 18 Rozporządzenia RODO), wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania swoich danych (art. 21 Rozporządzenia RODO), przenoszenia swoich danych (art. 20 Rozporządzenia RODO).
10. 10. W przypadku uznania, że przetwarzanie przez w/w administratora Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy Rozporządzenia RODO, przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Adnotacje pracownika Urzędu

Pan/i …………………………………………………….  jest/ był/a zarejestrowany/a w Urzędzie Pracy od dnia …………………..……….. do dnia ……………………………

i od dnia …………………………… podjął/ęła **zatrudnienie, inną pracę zarobkową, został/a skierowany/a do innej formy pomocy** na okres

od ……..……………....................... do ……..…………………………….…....

Miesięczny przychód z tytułu podjętego zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej wynosi ................................................................ zł.

Wnioskodawca  **spełnia/ nie spełnia** kryterium dochodowego.

Finansowanie  zaliczka  refundacja

**Uzasadnienie decyzji:**

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

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

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

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

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

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

..…………………………………………….

data i podpis pracownika

1. Na okres 6 miesięcy w przypadku podjęcia zatrudnienia, innej pracę zarobkowej i na okres lub na okres skierowania do jednej z wskazanych w ustawie formy pomocy. [↑](#footnote-ref-1)
2. Niewłaściwe skreślić [↑](#footnote-ref-2)