**Nr sprawy:......................................................** Łaziska Górne, dnia ............................

Nr wniosku…………………………………………………….

**WNIOSEK**

**O PRZYZNANIE REFUNDACJI KOSZTÓW OPIEKI NAD DZIECKIEM DO LAT 7 LUB**

**OPIEKI NAD OSOBĄ ZALEŻNĄ**

*Podstawa prawna art. 61 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia
i instytucjach rynku pracy ( tekst jednolity: Dz. U.2019r. poz.1482 ze zm.)*

Osobie bezrobotnej, posiadającej co najmniej jedno dziecko do 6 roku życia lub co najmniej jedno dziecko niepełnosprawne do 18 roku życia, Starosta może, po udokumentowaniu poniesionych kosztów, **refundować koszty opieki na dzieckiem lub dziećmi** w wysokości uzgodnionej, nie wyższej jednak niż połowa zasiłku, o którym mowa w art. 72 ust 1 pkt 1, na każde dziecko, na opiekę którego poniesiono koszty, jeżeli bezrobotny **podejmie zatrudnienie lub inną pracę zarobkową lub zostanie skierowany na staż, przygotowanie zawodowe dorosłych lub szkolenie** oraz pod **warunkiem osiągania z tego tytułu miesięcznie przychodów nieprzekraczających minimalnego wynagrodzenia za pracę.**

Na zasadach określonych powyżej może nastąpić również refundacja kosztów opieki nad osobą zależną.

|  |
| --- |
| I. Dane dotyczące wnioskodawcy |

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko wnioskodawcy |  |
| Adres do korespondencji |  |
| PESEL |  |
| Numer telefonu kontaktowego |  |
| Adres e –mail |  |
| Numer konta bankowego oraz nazwa banku |  |

Zgodnie z art. 61 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy ( Dz.U. z 2019r. poz. 1482 ze zm.) w związku z **podjęciem**:

□ zatrudnienia; □ stażu; □ innej pracy zarobkowej;

□ przygotowania zawodowego dorosłych; □szkolenia;

od ………………………….. do ……………………………………

Wnioskuję o przyznanie refundacji kosztów opieki nad **dzieckiem /opieki nad osobą zależną**\*, o której mowa w punkcie II wniosku.

|  |
| --- |
| II. Dane dotyczące dziecka/osoby zależnej |

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko dziecka/osoby zależnej |  |
| Data urodzenia dziecka |  |
| Czy dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności? | TAK / NIE\* |
| Płatna opieka nad dzieckiem/osobą zależną jest/będzie sprawowana od dnia (podać datę) |  |
| Placówka sprawująca opiekę nad dzieckiem/ osobą zależną |  |
| Miesięczny koszt opieki | Opłata stała: |  |
| Wyżywienie: |  |
| Razem: |  |

|  |
| --- |
| III. Dane dotyczące pracodawcy – punkt dotyczy wyłącznie wnioskodawców, którzy podjęli zatrudnienie lub inną pracę zarobkową |

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa i adres Pracodawcy |  |
| Wymiar etatu (jeśli zdefiniowano) |  |
| Czas, na który została zawarta umowa  |  |
| Kwota miesięcznego wynagrodzenia |  |

|  |
| --- |
| IV. Dane dotyczące refundacji oraz oświadczenia wnioskodawcy |

**1**. Wnioskuję o przyznanie kwoty refundacji kosztów opieki

a) w wysokości maksymalnie ……………………………zł miesięcznie.

b) na okres od …………………………………… do ……………………………………..

**2**. Informuję, że podjąłem (-am): zatrudnienie/ inną pracę zarobkową/ staż/ przygotowanie

zawodowe dorosłych/ szkolenie\* od dnia………………………………. do dnia………………………………………

**3**. Jestem/nie jestem\* rodzicem/opiekunem prawnym\* dziecka/dzieci do 6 roku życia/dziecka niepełnosprawnego do 7 roku życia\* wymienionych powyżej.

**4**. Jestem/nie jestem\* opiekunem osoby zależnej zgodnie z definicją zawartą w Ustawie z dnia 20.04.2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2019r., poz. 1482 ze zm.).

|  |
| --- |
| Definicja osoby zależnej: osoba wymagająca ze względu na stan zdrowia lub wiek stałej opieki, połączoną więzami rodzinnymi lub powinowactwem z osobą objętą usługami lub instrumentami rynku pracy lub pozostająca z nią we wspólnym gospodarstwie domowym. |

**5**. Zostałem /am poinformowany, że warunkiem refundacji kosztów opieki jest osiąganie miesięcznie przychodów nieprzekraczających minimalnego wynagrodzenia za pracę z tytułu podjęcia zatrudnienia/innej pracy zarobkowej/ stażu/przygotowania zawodowego dorosłych/szkolenia.

**6.** Przyjmuję do wiadomości, że po dokonaniu opłat z tytułu opieki nad dzieckiem/ dziećmi do  6 roku życia/ dzieckiem niepełnosprawnym do 7 roku życia/ osobą zależną za dany miesiąc, złożę w Powiatowym Urzędzie Pracy w Mikołowie **do 15 dnia następnego miesiąca** wniosek o wypłatę refundacji kosztów opieki nad dzieckiem/dziećmi wraz z wymaganymi dokumentami, który stanowić będzie podstawę refundacji kosztów opieki.

**7.** Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku przerwania zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej, ustania statusu osoby, o której mowa w art. 49 ust 5 ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2019r. poz. 1482 ze zm.), zaprzestania sprawowania opieki na dzieckiem lub osobą zależną, osiągnięcia z tytułu zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej miesięcznych przychodów przekraczających minimalne wynagrodzenia za pracę zgodnie z ustawą z dnia 10 października 2002r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę (Dz. U. z 2018r. poz. 2177 ze zm.) refundacja kosztów opieki na dzieckiem/dziećmi do lat 7 lub nad osobą zależną nie przysługuje.

**8**. Podanie powyższych danych jest dowolne, ale niezbędne do weryfikacji wniosku oraz ewentualnego zawarcia umowy w przedmiocie refundacji kosztów opieki.

**9**. Oświadczam że zapoznałem się z treścią obowiązującego w Powiatowym Urzędzie Pracy w Mikołowie Regulaminu refundacji kosztów opieki nad dzieckiem/dziećmi lub osobą zależną.

**Uprzedzona/y o odpowiedzialności karnej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks karny potwierdzam prawdziwość powyższych danych**

……………………………………………

/podpis Wnioskodawcy/

*Klauzula informacyjna*

Wypełniając obowiązek prawny uregulowany zapisami art. 13 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urzęd. UE Z dnia 04.05.2016 r. L 119/1), dalej jako „RODO”, Powiatowy Urząd Pracy w Mikołowie z siedzibą w Łaziskach Górnych przy ul. Chopina 8 informuje, iż:

1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Mikołowie z siedzibą w Łaziskach Górnych przy ul. Chopina 8, dalej zwanym jako „ADO”. Administrującym danymi osobowymi w imieniu PUP w Mikołowie jest Dyrektor PUP w Mikołowie, tel. kontaktowy: 32/325-03-70, e-mail: sekretariat@pup-mikolow.pl.

2) Dane kontaktowe inspektora ochrony danych: tel. kontaktowy: 32/325-03-77, e-mail: iod@pup-mikolow.pl

3) Dane osobowe są przetwarzane w celu realizacji art. 6 ust. 1 lit. b i c RODO.

4) Podstawę prawną przetwarzania danych osobowych w zakresie danych podanych we wniosku i wykorzystanych do zawarcia i realizacji umowy stanowi Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jednolity Dz. U. z 2019 r. poz.1482)

5) W przypadku niepodania danych nie będzie możliwe procedowanie wniosku oraz realizacja umowy.

6) Podanie danych osobowych w zakresie wymienionym w powyższych przepisach prawa jest wymogiem ustawowym, a w pozostałym zakresie jest dobrowolne na podstawie wyrażonej przez Panią/Pana zgody.

7) Przysługuje Pani/Panu prawo:

a) dostępu do treści swoich danych oraz ich sprostowania,

b) a w przypadku danych na których podanie wyraził/a Pan/Pani zgodę przysługuje również Pani/Panu prawo ich usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo sprzeciwu, zażądania zaprzestania przetwarzania, jak również prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie.

8) Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie przez okres wynikający z prawa wewnętrznego ADO - Jednolitego Rzeczowego Wykazu Akt Powiatowego Urzędu Pracy w Mikołowie oraz w czasie niezbędnym do realizacji umowy i ewentualnych roszczeń z jej tytułu.

9) Podane przez Panią/Pana dane osobowe nie będą podlegały udostępnieniu podmiotom trzecim. Ewentualnymi odbiorcami danych będą wyłącznie instytucje upoważnione z mocy prawa.

10) Pani/Pana dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanym procesom podejmowania decyzji przez ADO.

11) Administrator danych nie będzie przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

12) Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

……………………………………………………………..

/podpis Wnioskodawcy/

|  |
| --- |
| Wypełnia PUP w Mikołowie |
| Z upoważnienia Starosty Mikołowskiego po rozpatrzeniu wniosku **uwzględniam** wniosek o przyznanie refundacji kosztów opieki nad …….. dzieckiem /dziećmi do lat 7 lub osobą/osobami zależną/-nymi.Przyznaję refundację kosztów opieki w maksymalnej wysokości…………………………….. zł miesięcznie przez okres …………………………………………………………………………….**Nie uwzględniam** wniosku z powodu……………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ data pieczęć i odpis osoby upoważnionej |