|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Logo Publicznych Służb Zatrudnienia. Logo Publicznych Służb Zatrudnienia zbudowane jest z trzech czarnych przenikających się prostokątów pochylonych w prawą stronę zielonej strzałki skierowanej w prawą stronę oraz czarnego napisu Urząd Pracy umiejscowionego poniżej elementów graficznych. | **SĄDECKI URZĄD PRACY**  **33-300 Nowy Sącz, ul. Zielona 55**  **tel. sekretariat**: 18 44 89 282 **informacja**: 18 44 89 265, 44 89 312  **fax**: 18 44 89 313, **e-mail**: [sup@sup.nowysacz.pl](mailto:sup@sup.nowysacz.pl)  **e-Doręczenia**: AE:PL-65950-89978-VDRHB-25 | | | Herb Miasta Nowy Sącz. Herb przedstawia w niebieskim polu postać świętej Małgorzaty, stojącej na grzbiecie zielonego smoka. Święta Małgorzata ubrana jest w białą suknię ze złotym paskiem, a na ramiona ma zarzuconą czerwoną pelerynę, spiętą na piersiach złotą spinką. Jej głowę zdobi złota korona i nimb. |
| **Znak pisma: ES.643.** | |  | **Data pisma:** | |

imię i nazwisko

adres zamieszkania

**Do Dyrektora**

**Sądeckiego Urzędu Pracy**

**Wniosek o zwrot kosztów opieki nad dzieckiem do 7 roku życia****, dzieckiem niepełnosprawnym do 18 roku życia, osobą zależną**

Na podstawie art. 146 ust. 1-5 ustawy z dnia 20 marca 2025 r. rynku pracy i służbach zatrudnienia zgodnie z zawartą umową zwracam się z prośbą o zwrot z Funduszu Pracy kosztów opieki nad dzieckiem do 7 roku życia/dzieckiem niepełnosprawnym do 18 roku życia/osobą zależną (niepotrzebne skreślić) tj.

córką/synem/osobą zależną

ur.

za miesiąc roku

Oświadczam , że:

* w okresie od

do

jestem zatrudniony(a), wykonuję inną pracę zarobkową (niepotrzebne skreślić)

w

realizuję inną formę pomocy określoną w ww. ustawie (wskazać jaką i gdzie)

* w miesiącu roku

uzyskałem(am) z tego tytułu przychód w wysokości zł

* miesięczny koszt opieki nad dzieckiem /osobą zależną sprawowanej w czasie mojej pracy, wykonywania innej pracy zarobkowej, realizacji innej formy pomocy określonej w ww. ustawie (niepotrzebne skreślić) przez (należy wskazać dane placówki w której znajduje się dziecko/osoba zależna)

wynosi (zgodnie z załączonym dokumentem potwierdzającym wpłatę) zł

Refundację proszę przekazać na rachunek bankowy:

**Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**

Podpis wnioskodawcy

**INFORMACJA**

Do wniosku należy dołączyć potwierdzenie poniesionych kosztów (np. polecenie przelewu, dowód wpłaty, zaświadczenie o uiszczeniu opłaty) oraz zaświadczenie z zakładu pracy o wysokości osiągniętego wynagrodzenia (jeśli dotyczy). W przypadku wykonywania pracy na podstawie kilku umów, należy wszystkie je wskazać i podać łączny przychód uzyskany w miesiącu oraz dostarczyć zaświadczenie o wynagrodzeniu od każdego pracodawcy oddzielnie.

Wniosek wraz załącznikami za dany miesiąc należy dostarczyć najpóźniej do 10-go dnia kalendarzowego następnego miesiąca.