

Zarządzenie nr 23/2016

Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy w Cieszynie
z dnia 16.09.2016 roku

w sprawie wprowadzenia Regulaminu zwrotu kosztów przejazdu oraz refundacji kosztów opieki nad dzieckiem do lat 6 lub niepełnosprawnym do lat 18 realizowanych w ramach projektu pn. „Do pracy wskocz-sukcesów poczuj moc!”

Na podstawie art. 9 ust. 1 pkt 20 oraz art. 61 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jednolity Dz. U. z 2016r. poz.645 z późn. zm.) oraz § 13 ust. 1 pkt 8 Regulaminu Organizacyjnego Powiatowego Urzędu Pracy w Cieszynie przyjętego Uchwałą nr 925/ZP/IV/14 Zarządu Powiatu Cieszyńskiego z dnia 24 lipca 2014 roku

zarządzam co następuje:

§1

Wprowadzam Regulamin zwrotu kosztów przejazdu oraz refundacji kosztów opieki nad dzieckiem do lat 6 lub niepełnosprawnym do lat 18 realizowanych w ramach projektu pn. „Do pracy wskocz-sukcesów poczuj moc!”, stanowiący załącznik do niniejszego zarządzenia.

§2

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

DYREKTOR
POWIATOWEGO URZĘDU PRACY
mgr Anna Stolarczyk-Bacza

KtB-439 RADCA PRAWNY
mgr Anna Mertusek
1388/16

Regulamin zwrotu kosztów przejazdu oraz refundacji kosztów opieki nad dzieckiem do lat 6 lub niepełnosprawnym do lat 18 realizowanych w ramach projektu pn. „Do pracy wskocz-sukcesów poczuj moc!”

§1 Definicje

Ilekróć w niniejszym regulaminie jest mowa o:

- **koszcie opieki** – oznacza to koszt opłaty za pobyt dziecka w przedszkolu, żłobku czy innej instytucji lub wynagrodzenie wypłacone innej osobie, która ma sprawować opiekę nad dzieckiem.
- **uczestniku** – oznacza to zarówno uczestniczkę jak i uczestnika projektu.

§2 Informacje ogólne

1. Niniejszy regulamin określa zasady zwrotu kosztów przejazdu oraz refundacji kosztów opieki nad dzieckiem realizowanych dla uczestników projektu pn. „Do pracy wskocz-sukcesów poczuj moc!” współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego (Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020, Oś Priorytetowa VII Regionalny rynek pracy, Działanie 7.1 Aktywne formy przeciwdziałania bezrobociu, Poddziałanie 7.1.3 Poprawa zdolności do zatrudnienia osób poszukujących pracy i pozostających bez zatrudnienia – konkurs).
2. Uczestnik projektu może skorzystać:
 - a) ze zwrotu kosztów przejazdu na warsztaty „Wskocz do pracy” i powrotu z nich do miejsca zamieszkania;
 - b) ze zwrotu części kosztów przejazdu do miejsca odbywania stażu i powrotu do miejsca zamieszkania;
 - c) ze zwrotu kosztów przejazdu do miejsca odbywania szkolenia indywidualnego i powrotu do miejsca zamieszkania;
 - d) w przypadku odbywania stażu: z refundacji kosztów opieki nad dzieckiem do 6 r.ż. lub dzieckiem niepełnosprawnym do 18 r.ż.;
 - e) w przypadku pracy w ramach prac interwencyjnych: z refundacji kosztów opieki nad dzieckiem do 6 r.ż. lub dzieckiem niepełnosprawnym do 18 r.ż.
3. Zwrot kosztów przejazdu na warsztaty „Wskocz do pracy”, do miejsca odbywania stażu, do miejsca odbywania szkolenia indywidualnego oraz refundacja kosztów opieki nad dzieckiem do 6 r.ż. lub niepełnosprawnym do 18 r.ż. dla uczestników realizowane będą przez Powiatowy Urząd Pracy w Cieszynie.



Handwritten signature

4. Refundacja kosztów opieki nad dzieckiem do 6 r.ż. lub niepełnosprawnym do 18 r.ż. dla uczestników pracujących w ramach prac interwencyjnych realizowana będzie przez Gminę Skoczów.

§3

Zwrot kosztów przejazdu na warsztaty „Wskocz do pracy”

1. Uczestnikowi projektu, który weźmie udział w warsztatach „Wskocz do pracy” przysługuje zwrot kosztów dojazdu na ww. warsztaty w wysokości 100% kosztów faktycznie poniesionych, po uprzednim ich udokumentowaniu poprzez przedłożenie biletów środka transportu od przewoźnika świadczącego usługi w zakresie komunikacji zbiorowej oraz listy obecności na zajęciach.
2. Zwrot kosztów przejazdu, o którym mowa w ustępie 1 przysługuje za 8 dni warsztatów (bez dnia, w którym realizowana będzie wizyta studyjna u pracodawcy).
3. W przypadku własnego środka transportu refundacja może nastąpić wyłącznie do wysokości ceny biletu transportu zbiorowego na danej trasie, po przedstawieniu stosownego zaświadczenia o wysokości ceny biletu na danej trasie od przewoźnika bądź biletu jednorazowego.
4. W przypadku określonym w ust. 3, we wniosku o zwrot kosztów dojazdu wymagane jest podanie marki i numeru rejestracyjnego pojazdu, którym uczestnik projektu dojeżdżał na warsztaty.
5. Osoba uczestnicząca w warsztatach „Wskocz do pracy” ma prawo ubiegać się o zwrot kosztów dojazdu w terminie do 1 miesiąca od dnia ich zakończenia.
6. Wniosek o zwrot kosztów przejazdu na warsztaty stanowi załącznik nr 1 do niniejszego regulaminu.
7. Uczestnik projektu wniosek, o którym mowa w ust. 6, powinien złożyć w Powiatowym Urzędzie Pracy w Cieszynie.

§4

Zwrot części kosztów przejazdu do miejsca odbywania stażu i powrotu do miejsca zamieszkania

1. W trakcie odbywania stażu uczestnik projektu może wnioskować o zwrot 50% kosztów przejazdu z miejsca zamieszkania do miejsca odbywania stażu, na podstawie biletu miesięcznego, którego koszt wyniósł co najmniej 100 zł. W przypadku odbywania stażu przez okres krótszy niż pełny miesiąc kalendarzowy, istnieje możliwość zwrotu kosztów na podstawie zaświadczenia lub innego dokumentu wystawionego przez przewoźnika wykonującego usługi w zakresie komunikacji publicznej, z którego wynika, iż koszt miesięcznego biletu wyniósłby co najmniej 100 zł.

2. Wniosek o zwrot kosztów przejazdu do miejsca odbywania stażu stanowi załącznik nr 2 do niniejszego regulaminu.
3. Uczestnik projektu wniosek, o którym mowa w ust. 2, powinien złożyć w Powiatowym Urzędzie Pracy w Cieszynie.
4. Uczestnik, który z własnej winy przerwie odbywanie stażu, jest obowiązany do zwrotu wszystkich otrzymanych refundacji kosztów przejazdu, z wyjątkiem przypadku, gdy przyczyną przerwania stażu było podjęcie zatrudnienia, innej pracy zarobkowej lub działalności gospodarczej.

§5

Zwrot kosztów przejazdu do miejsca odbywania szkolenia indywidualnego i powrotu do miejsca zamieszkania

1. Uczestnikowi projektu, który weźmie udział w szkoleniu indywidualnym w ramach projektu przysługuje zwrot kosztów dojazdu do miejsca odbywania ww. szkolenia i powrotu do miejsca zamieszkania w wysokości 100% kosztów faktycznie poniesionych, po uprzednim ich udokumentowaniu poprzez przedłożenie biletów środka transportu od przewoźnika świadczącego usługi w zakresie komunikacji zbiorowej oraz listy obecności na szkoleniu.
2. W przypadku własnego środka transportu refundacja może nastąpić wyłącznie do wysokości ceny biletu transportu zbiorowego na danej trasie, po przedstawieniu stosownego zaświadczenia o wysokości ceny biletu na danej trasie od przewoźnika bądź biletu jednorazowego.
3. W przypadku określonym w ust. 2, we wniosku o zwrot kosztów przejazdu wymagane jest podanie marki i numeru rejestracyjnego pojazdu, którym uczestnik projektu dojeżdżał na szkolenie indywidualne.
4. Osoba odbywająca szkolenie indywidualne ma prawo ubiegać się o zwrot kosztów przejazdu po zakończeniu szkolenia w terminie do 1 miesiąca od dnia jego zakończenia.
5. Wniosek o zwrot kosztów przejazdu na szkolenie indywidualne stanowi załącznik nr 3 do niniejszego regulaminu.
6. Uczestnik projektu wniosek, o którym mowa w ust. 5, powinien złożyć w Powiatowym Urzędzie Pracy w Cieszynie.
7. Uczestnik, który z własnej winy nie ukończy szkolenia, jest obowiązany do zwrotu wszystkich otrzymanych refundacji kosztów przejazdu, z wyjątkiem przypadku, gdy przyczyną nieukończenia szkolenia było podjęcie zatrudnienia, innej pracy zarobkowej lub działalności gospodarczej.

§6

Refundacja kosztów opieki nad dzieckiem do 6 roku życia lub niepełnosprawnym do 18 roku życia dla uczestników odbywających staże

1. Refundacja kosztów opieki nad dzieckiem do 6 roku życia lub niepełnosprawnym do 18 roku życia dokonywana jest tylko za faktyczne dni odbywania stażu w ramach projektu pn. „Do pracy wskocz-sukcesów poczuj moc!”, jak również za dni usprawiedliwionej nieobecności, za które przysługuje stypendium stażowe – zgodnie z listą obecności.
2. Wysokość refundacji kosztów opieki nad dzieckiem do 6 roku życia lub niepełnosprawnym do 18 roku życia nie może przekroczyć kwoty **415,55 zł** na każde dziecko, za każdy miesiąc stażu.
3. Zastrzega się możliwość odmowy wypłaty kosztów opieki uczestnikom, dla których wyczerpią się środki przewidziane w projekcie (decyduje kolejność złożenia wniosków). Uczestnik nie ma w takim przypadku żadnych roszczeń.
4. O zwrot kosztów opieki nad dzieckiem do 6 roku życia lub niepełnosprawnym do 18 roku życia w trakcie uczestnictwa w stażu w ramach projektu może ubiegać się uczestnik, który spełnia łącznie następujące warunki:
 - a) wychowuje co najmniej jedno dziecko w wieku do lat 6 lub co najmniej jedno dziecko niepełnosprawne w wieku do lat 18,
 - b) uczestniczył w stażu (zgodnie z podpisaną listą obecności),
 - c) przedłoży w Powiatowym Urzędzie Pracy w Cieszynie komplet dokumentów wskazanych w §8.
5. Kwotę refundacji za niepełny miesiąc ustala się dzieląc kwotę wskazaną w ust. 2 przez ilość dni roboczych przypadających na dany miesiąc i mnożąc przez liczbę dni przypadających w okresie, za który świadczenie przysługuje.
6. Refundacja nie przysługuje za dni nieusprawiedliwionej nieobecności na stażu.
7. Dowodem poniesienia kosztów opieki jest opłacona faktura, inny dokument księgowy o równoważnej wartości dowodowej wraz z dowodami zapłaty, a w przypadku umowy zawartej z osobą fizyczną, która sprawuje opiekę nad dzieckiem potwierdzenie zapłaty (jeśli wynagrodzenie zostało wypłacone do rąk własnych) lub potwierdzenie przelewu na konto osoby fizycznej.
8. Refundacja wypłacana będzie z dołu, za okresy miesięczne, w terminie do 25 dnia miesiąca, w którym złożono wniosek.
9. Zwrot kosztów opieki nad dzieckiem zostanie przekazany w kasie Powiatowego Urzędu Pracy w Cieszynie lub w formie przelewu bankowego na konto wskazane przez uczestnika projektu we wniosku.



10. Kwota stanowiąca zwrot kosztów z tytułu opieki nad dzieckiem, zgodnie z art. 21 ust. 1 pkt. 26b ustawy z dnia 26 lipca 1991r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2012r. poz. 361 z późn. zm.), jest kwotą wolną od podatku dochodowego.

§7

Refundacja kosztów opieki nad dzieckiem do 6 roku życia lub niepełnosprawnym do 18 roku życia dla uczestników pracujących w ramach prac interwencyjnych

1. Refundacja kosztów opieki nad dzieckiem do 6 roku życia lub niepełnosprawnym do 18 roku życia dokonywana jest przez okres refundowania pracodawcy części kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody i składki na ubezpieczenia społeczne.
2. Wysokość zwrotu kosztów opieki nad dzieckiem nie może przekroczyć kwoty **415,55 zł** na każde dziecko, za każdy miesiąc zatrudnienia w ramach prac interwencyjnych.
3. Zastrzega się możliwość odmowy wypłaty kosztów opieki uczestnikom, dla których wyczerpią się środki przewidziane w projekcie (decyduje kolejność złożenia wniosków). Uczestnik nie ma w takim przypadku żadnych roszczeń.
4. O zwrot kosztów opieki nad dzieckiem do 6 roku życia lub niepełnosprawnym do 18 roku życia w trakcie trwania zatrudnienia w ramach prac interwencyjnych w ramach projektu może ubiegać się uczestnik, który spełnia łącznie następujące warunki:
 - a) wychowuje co najmniej jedno dziecko w wieku do lat 6 lub co najmniej jedno dziecko niepełnosprawne w wieku do lat 18,
 - b) wykonywał pracę (zgodnie z podpisaną listą obecności),
 - c) osiągnął z tego tytułu miesięczne przychody nieprzekraczające minimalnego wynagrodzenia za pracę,
 - d) przedłoży w Biurze Projektów Wydziału Funduszy Europejskich Urzędu Miejskiego w Skoczowie (Rynek 17, 43-430 Skoczów) komplet dokumentów wskazanych w §8.
5. Kwotę refundacji za niepełny miesiąc ustala się dzieląc kwotę wskazaną w ust. 2 przez ilość dni roboczych przypadających na dany miesiąc i mnożąc przez liczbę dni przypadających w okresie, za który świadczenie przysługuje.
6. Refundacja nie przysługuje za dni nieusprawiedliwionej nieobecności w pracy.
7. Dowodem poniesienia kosztów opieki jest opłacona faktura, inny dokument księgowy o równoważnej wartości dowodowej wraz z dowodami zapłaty, a w przypadku umowy zawartej z osobą fizyczną, która sprawuje opiekę nad dzieckiem potwierdzenie zapłaty (jeśli wynagrodzenie zostało wypłacone do rąk własnych) lub potwierdzenie przelewu na konto osoby fizycznej.
8. Refundacja wypłacana będzie z dołu, za okresy miesięczne, w terminie do 25 dnia miesiąca, w którym złożono wniosek.

9. Zwrot kosztów opieki nad dzieckiem do 6 roku życia lub niepełnosprawnym do 18 roku życia zostanie przekazany w kasie Urzędu Miejskiego w Skoczowie lub w formie przelewu bankowego na konto wskazane przez uczestnika projektu we wniosku.
10. Kwota stanowiąca zwrot kosztów z tytułu opieki nad dzieckiem, zgodnie z art. 21 ust. 1 pkt. 26b ustawy z dnia 26 lipca 1991r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2012r. poz. 361, z późn. zm.), jest kwotą wolną od podatku dochodowego.

§8

Wymagane dokumenty

1. Wniosek o refundację kosztów opieki nad dzieckiem dla uczestników:
 - a) odbywających staż stanowi załącznik nr 4 do niniejszego regulaminu,
 - b) pracujących w ramach prac interwencyjnych stanowi załącznik nr 5 do niniejszego regulaminu.
2. Wniosek o refundację należy składać najpóźniej do piątego dnia kolejnego miesiąca, następującego po miesiącu, którego wniosek ten dotyczy.
3. Do wniosku należy dołączyć:
 - a) oświadczenie o sprawowaniu opieki nad dzieckiem do lat 6 lub niepełnosprawnym do lat 18 (wyłącznie przy składaniu pierwszego wniosku);
 - b) w przypadku ubiegania się o refundację kosztów opieki nad dzieckiem niepełnosprawnym do lat 18 należy dodatkowo dołączyć kopię dokumentu potwierdzającego niepełnosprawność dziecka (wymagane przy składaniu pierwszego wniosku), oryginał do wglądu;
 - c) kopię aktu urodzenia dziecka/dzieci (wyłącznie przy składaniu pierwszego wniosku), oryginał do wglądu;
 - d) kopię rachunku lub faktury za pobyt dziecka w przedszkolu, żłobku lub innej instytucji, a w przypadku umowy zawartej z osobą fizyczną, kopię tej umowy - **za każdy miesiąc** odbywania stażu lub wykonywania pracy na podstawie stosunku pracy w ramach prac interwencyjnych, oryginały do wglądu;
 - e) kopię dowodu zapłaty (za każdy miesiąc), oryginał do wglądu;
 - f) kserokopię listy obecności z odbywanego stażu/wykonywanej pracy w ramach prac interwencyjnych (za każdy miesiąc);
 - g) w przypadku choroby kserokopię zwolnienia lekarskiego na druku ZUS ZLA.
4. Brak jakiegokolwiek z dokumentów wymienionych w ust. 3 skutkuje brakiem możliwości otrzymania świadczenia.

Handwritten signature

Załączniki do regulaminu:

1. Wniosek o zwrot kosztów przejazdu na warsztaty „Wskocz do pracy”;
2. Wniosek o zwrot kosztów przejazdu do miejsca odbywania stażu;
3. Wniosek o zwrot kosztów przejazdu na szkolenie indywidualne;
4. Wniosek o refundację kosztów opieki nad dzieckiem do 6 roku życia lub niepełnosprawnym do 18 roku życia dla uczestników odbywających staże;
5. Wniosek o refundację kosztów opieki nad dzieckiem do 6 roku życia lub niepełnosprawnym do 18 roku życia dla uczestników odbywających prace interwencyjne.

DYREKTOR
POWIATOWEGO URZĘDU PRACY

mgr Anna Stefaniak-Bacza



Handwritten mark

WnRefDoj/16/...../.....

Cieszyn, dnia

Imię

Powiatowy Urząd Pracy
w Cieszynie

Nazwisko

Data urodzenia

Adres zamieszkania

Wniosek o zwrot kosztów przejazdu do miejsca odbywania stażu i powrotu do miejsca zamieszkania dla uczestniczek/uczestników projektu pn. „Do pracy wskocz-sukcesów poczuj moc!” współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Na podstawie art. 45 ust. 1 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t. jedn. Dz. U. z 2016r. poz. 645 z późn. zm.) zwracam się z prośbą o dokonanie zwrotu 50% ponoszonych przeze mnie kosztów przejazdu z miejsca zamieszkania do miejsca odbywania stażu i powrotu.

Na podstawie skierowania tutejszego urzędu pracy podjęłam/podjąłem z dniem odbywanie stażu w:

(nazwa i adres Organizatora stażu)

Oświadczam, że w miesiącu 2016/2017* roku z tytułu dojazdu do miejsca stażu i powrotu do miejsca zamieszkania najtańszym środkiem transportu, obsługiwanym przez przewoźnika wykonującego usługi w zakresie komunikacji publicznej poniosłam/poniosłem koszty w wysokości zł.

Powyższa kwota wynika z przejazdu w rozliczonym miesiącu z miejsca zamieszkania w (miejscowość)

do miejsca odbywania stażu w (miejscowość)

Oświadczam, iż uzyskuję za wykonywaną pracę wynagrodzenie miesięczne w wysokości: 997,40 zł.

Należną mi kwotę zwrotu kosztów:

- proszę przekazać na konto bankowe w (nazwa banku).

nr: - - - - - -

- odbiorę osobiście w kasie Powiatowego Urzędu Pracy *.

* niepotrzebne skreślić

.....
(podpis wnioskodawcy – uczestniczki/uczestnika projektu)

UWAGA!

Do wniosku należy dołączyć :

- bilet miesięczny (oryginał oraz kopię - ze względu na słabą widoczność wydruku);
- kopię listy obecności.

Wniosek należy dostarczyć do Powiatowego Urzędu Pracy w Cieszynie (Plac Wolności 6, 43-400 Cieszyn) do pokoju 22 na II piętrze.

Wypełnia PUP – rozliczenie kosztów przejazdu

Dotyczy:

Kwota do wypłaty

Nazwisko

Imię

Data urodzenia

Adres zamieszkania

Wniosek o zwrot kosztów przejazdu na szkolenie indywidualne i powrotu do miejsca zamieszkania dla uczestniczki/uczestnika projektu pn. „Do pracy wskocz-sukcesów poczuj moc!” współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Zwracam się z prośbą o dokonanie zwrotu poniesionych przeze mnie kosztów z tytułu przejazdu na szkolenie odbywające się na trasie:

z miejsca zamieszkania:

do miejsca szkolenia:

i z powrotem. Nadmieniam, że na podstawie skierowania Powiatowego Urzędu Pracy w Cieszynie odbywam szkolenie pn.

.....

w okresie odr. do r.

Oświadczam, że na szkolenie dojeżdżałam/dojeżdżałem*:

publicznym środkiem transportu,

samochodem marki: o numerze rejestracyjnym:

Należną mi kwotę z tytułu zwrotu kosztów przejazdu*:

proszę przekazać na mój rachunek bankowy numer:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

w
(nazwa banku)

odbiorę osobiście w kasie urzędu w wyznaczonym terminie.

.....
(podpis wnioskodawcy-uczestniczki/uczestnika projektu)

UWAGA!

Do wniosku należy dołączyć:

- ✓ bilety jednorazowe w przypadku dojazdu publicznym środkiem transportu;
- ✓ bilet jednorazowy bądź zaświadczenie o cenie biletu najtańszym środkiem transportu w przypadku dojazdu własnym środkiem transportu.

Wniosek należy dostarczyć do Powiatowego Urzędu Pracy w Cieszynie (Plac Wolności 6, 43-400 Cieszyn) do pokoju 25 na II piętrze.

* zaznaczyć właściwe i wypełnić.

.....
(miejsowość, data)

.....
(imię, nazwisko)

.....
(PESEL)

Wniosek o refundację kosztów opieki nad dzieckiem/dziećmi do 6 r.ż. lub niepełnosprawnym do 18 r.ż. uczestniczki/uczestnika w ramach projektu pn. „Do pracy wskocz-sukcesów poczuj moc!” współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Na podstawie art. 61 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t. jedn. Dz. U. z 2016r. poz. 645 z późn. zm.) w związku ze skierowaniem przez Powiatowy Urząd Pracy w Cieszynie na staż, w ramach projektu pn. „Do pracy wskocz-sukcesów poczuj moc!” zwracam się z prośbą o dokonanie refundacji ponoszonych przeze mnie kosztów opieki nad dzieckiem/dziećmi*:

L.p.	Imię i nazwisko	Data urodzenia	Nr PESEL
1.		- - - - -	- - - - -
2.		- - - - -	- - - - -
3.		- - - - -	- - - - -

w miesiącu w kwocie zł.

Należną mi kwotę refundacji – zgodnie z regulaminem zwrotu kosztów przejazdu oraz refundacji kosztów opieki nad dzieckiem realizowanych w ramach projektu pn. „Do pracy wskocz-sukcesów poczuj moc!” (właściwe zaznaczyć):

proszę przelać na rachunek bankowy w nr rachunku:

- - - - - -

odbiorę osobiście w kasie Powiatowego Urzędu Pracy w Cieszynie w wyznaczonym przez pracownika PUP terminie.

Oświadczam że:

- zobowiązuję się niezwłocznie poinformować Powiatowy Urząd Pracy w Cieszynie o fakcie przerwania stażu lub innych okolicznościach powodujących utratę prawa do ww. świadczenia;
- zobowiązuję się niezwłocznie poinformować Powiatowy Urząd Pracy w Cieszynie o zaistnieniu okoliczności powodujących utratę statusu bezrobotnego w trakcie odbywania przeze mnie stażu;
- jednocześnie pouczone/pouczony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 §6 w związku z §1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks karny (dotyczącej tego, kto składając fałszywe oświadczenie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym

postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, oświadcza nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 8 lat) oświadczam, że wszystkie dane zawarte w niniejszym wniosku są prawdziwe.

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis wnioskodawcy – uczestniczki/uczestnika projektu)

W załączeniu przedkładam dokumenty potwierdzające koszty opieki nad dzieckiem do 6 r.ż. lub niepełnosprawnym do 18 r.ż.:

1. oświadczenie o sprawowaniu opieki nad dzieckiem do lat 6 lub niepełnosprawnym do lat 18 (wymagane przy składaniu pierwszego wniosku);
2. w przypadku ubiegania się o refundację kosztów opieki nad dzieckiem niepełnosprawnym do lat 18 należy dodatkowo dołączyć dokument potwierdzający niepełnosprawność dziecka (wymagane przy składaniu pierwszego wniosku);
3. kopia aktu urodzenia dziecka/dzieci (wymagana przy składaniu pierwszego wniosku);
4. kopia umowy zawartej z osobą fizyczną, która będzie sprawować opiekę nad dzieckiem w czasie odbywania stażu uczestniczki/uczestnika projektu – jeśli dotyczy;
5. kopia rachunków/faktur (za każdy miesiąc) - jeśli dotyczy;
6. kopie dowodów zapłaty rachunków/faktur (za każdy miesiąc) lub potwierdzenie zapłaty (jeśli wynagrodzenie zostało wypłacone do rąk własnych) lub potwierdzenie przelewu na konto osoby fizycznej;
7. kserokopia listy obecności z odbywanego stażu (za każdy miesiąc);
8. w przypadku choroby kserokopia zwolnienia lekarskiego na druku ZUS ZLA.

.....
(data i podpis wnioskodawcy – uczestniczki/uczestnika projektu)

Adnotacja pracownika PUP:

Świadczenie za miesiąc, którego refundacja dotyczy, z tytułu odbywania stażu w ramach projektu pn. „Do pracy wskocz-sukcesów poczuj moc!” współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego wynosi: zł brutto.

Wnioskodawca – uczestniczka/uczestnik projektu spełnia warunki/nie spełnia warunków* do uzyskania refundacji.

Kwota refundacji do wypłaty wynosi: zł**.

.....
(data i podpis pracownika PUP)

* Niepotrzebne skreślić

** Wysokość refundacji nie może przekroczyć kwoty ustanowionej w programie – to jest 415,55 zł za każdy miesiąc na każde dziecko, pomniejszoną o dni nieusprawiedliwionej nieobecności na stażu. Kwotę refundacji za niepełny miesiąc ustala się dzieląc kwotę wymienioną w ust. 5 przez ilość dni roboczych przypadających na dany miesiąc i mnożąc przez liczbę dni przypadających w okresie, za który świadczenie przysługuje.

Oświadczenie o sprawowaniu opieki nad dzieckiem/dziećmi do 6 roku życia lub niepełnosprawnym/niepełnosprawnymi do 18 roku życia

.....
(imię, nazwisko)

.....
(PESEL)

OŚWIADCZENIE

Uprzedzona/Uprzedzony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 §6 w związku z §1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks karny (dotyczącej tego, kto składając fałszywe oświadczenie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, oświadcza nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 8 lat)

oświadczam, że sprawuję opiekę nad dzieckiem/dziećmi do 6 roku życia lub niepełnosprawnym/niepełnosprawnymi do 18 roku życia

L.p.	Imię i nazwisko dziecka/dzieci	Data urodzenia	Nr PESEL
1.		__ - __ - ____	_____
2.		__ - __ - ____	_____
3.		__ - __ - ____	_____

Potwierdzam własnoręcznym podpisem prawdziwość informacji zawartych w powyższym oświadczeniu.

.....
(data, czytelny podpis wnioskodawcy-uczestniczki/uczestnika projektu)

.....
(miejsowość, data)

.....
(imię, nazwisko)

.....
(PESEL)

Wniosek o refundację kosztów opieki nad dzieckiem/dziećmi do 6 r.ż. lub niepełnosprawnym/niepełnosprawnymi do 18 r.ż. uczestnika w ramach projektu pn. „Do pracy wskocz-sukcesów poczuj moc!” współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

W związku ze skierowaniem przez Powiatowy Urząd Pracy w Cieszynie do pracy w ramach prac interwencyjnych, w ramach projektu pn. „Do pracy wskocz-sukcesów poczuj moc!” zwracam się z prośbą o dokonanie refundacji ponoszonych przeze mnie kosztów opieki nad dzieckiem/dziećmi*:

L.p.	Imię i nazwisko	Data urodzenia	Nr PESEL
1.		__ - __ - ____	-----
2.		__ - __ - ____	-----
3.		__ - __ - ____	-----

w miesiącu w kwocie zł.

Należną mi kwotę refundacji – zgodnie z Regulaminem zwrotu kosztów przejazdu oraz refundacji kosztów opieki nad dzieckiem realizowanych w ramach projektu pn. „Do pracy wskocz-sukcesów poczuj moc!” (właściwie zaznaczyć):

proszę przelać na rachunek bankowy w nr rachunku:

- - - - - -

odbiorę osobiście w kasie Urzędu Miejskiego w Skoczowie wyznaczonym przez pracownika terminie.

Oświadczam że:

- przyjmuję do wiadomości, iż refundacja kosztów opieki nad dzieckiem przysługuje mi przez okres refundowania pracodawcy części kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody i składki na ubezpieczenia społeczne w ramach świadczonej przeze mnie pracy w ramach prac interwencyjnych realizowanych w ramach projektu pn. „Do pracy wskocz-sukcesów poczuj moc!”;
- zobowiązuję się niezwłocznie poinformować Biuro Projektów Wydziału Funduszy Europejskich Urzędu Miejskiego w Skoczowie o fakcie przerwania pracy lub innych okolicznościach powodujących utratę prawa do ww. świadczenia;
- jednocześnie pouczone/pouczony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 §6 w związku z §1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks karny (dotyczącej tego, kto składając fałszywe oświadczenie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, oświadcza nieprawdę lub zataja prawdę,



podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 8lat) oświadczam, że wszystkie dane zawarte w niniejszym wniosku są prawdziwe.

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis wnioskodawcy – uczestniczki/uczestnika projektu)

W załączeniu przedkładam dokumenty potwierdzające koszty opieki nad dzieckiem do 6 r.ż. lub niepełnosprawnym do 18 r.ż.:

1. oświadczenie o sprawowaniu opieki nad dzieckiem do lat 6 lub niepełnosprawnym do lat 18 (wymagane przy składaniu pierwszego wniosku);
2. w przypadku ubiegania się o refundację kosztów opieki nad dzieckiem niepełnosprawnym do lat 18 należy dodatkowo dołączyć dokument potwierdzający niepełnosprawność dziecka (wymagane przy składaniu pierwszego wniosku);
3. kopia aktu urodzenia dziecka/dzieci (wymagana przy składaniu pierwszego wniosku);
4. kopia umowy zawartej z osobą fizyczną, która będzie sprawować opiekę nad dzieckiem w czasie pracy uczestnika projektu – jeśli dotyczy;
5. kopia rachunków/faktur (za każdy miesiąc) - jeśli dotyczy;
6. kopie dowodów zapłaty rachunków/faktur (za każdy miesiąc) lub potwierdzenie zapłaty (jeśli wynagrodzenie zostało wypłacone do rąk własnych) lub potwierdzenie przelewu na konto osoby fizycznej;
7. kserokopia listy obecności z pracy (za każdy miesiąc);
8. w przypadku choroby kserokopia zwolnienia lekarskiego na druku ZUS ZLA.

.....
(data i podpis wnioskodawcy – uczestniczki/uczestnika projektu)

Adnotacja pracownika

Świadczenie za miesiąc, którego refundacja dotyczy, z tytułu odbywania pracy w ramach projektu pn. „Do pracy wskocz-sukcesów poczuj moc!” współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego wynosi: zł brutto.

Wnioskodawca – uczestniczka/uczestnik projektu spełnia warunki/nie spełnia warunków* do uzyskania refundacji.

Kwota refundacji do wypłaty wynosi: zł**.

.....
(data i podpis pracownika

* Niepotrzebne skreślić

** Wysokość refundacji nie może przekroczyć kwoty ustanowionej w programie – to jest 415,55 zł za każdy miesiąc na każde dziecko, pomniejszoną o dni nieusprawiedliwionej nieobecności na stażu. Kwotę refundacji za niepełny miesiąc ustala się dzieląc kwotę wymienioną w ust. 5 przez ilość dni roboczych przypadających na dany miesiąc i mnożąc przez liczbę dni przypadających w okresie, za który świadczenie przysługuje.

Oświadczenie o sprawowaniu opieki nad dzieckiem/dziećmi do 6 roku życia lub niepełnosprawnym/niepełnosprawnymi do 18 roku życia

.....
(imię, nazwisko)

.....
(PESEL)

OŚWIADCZENIE

Uprzedzona/Uprzedzony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 §6 w związku z §1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks karny (dotyczącej tego, kto składając fałszywe oświadczenie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, oświadcza nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 8 lat)

oświadczam, że sprawuję opiekę nad dzieckiem/dziećmi do 6 roku życia lub niepełnosprawnym/niepełnosprawnymi do 18 roku życia

L.p.	Imię i nazwisko dziecka/dzieci	Data urodzenia	Nr PESEL
1.		__ - __ - ____	-----
2.		__ - __ - ____	-----
3.		__ - __ - ____	-----

Potwierdzam własnoręcznym podpisem prawdziwość informacji zawartych w powyższym oświadczeniu.

.....
(data, czytelny podpis wnioskodawcy-uczestniczki/uczestnika projektu)