

.....  
miejsowość, data

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

Na podstawie art. 146 ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz. U. 2025 poz. 620 z późn. zm.).

**Dane identyfikacyjne wnioskodawcy:**

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Seria i nr dokumentu stwierdzającego tożsamość (w przypadku cudzoziemca): .....

**Adres zamieszkania wnioskodawcy**

Kod pocztowy: .....

Miejscowość: .....

Ulica: .....

Nr domu: ..... Nr lokalu: .....

Telefon: ..... Adres e-mail: .....

Adres e-Doręczeń: .....

**W związku z podjęciem zatrudnienia, innej pracy zarobkowej lub skierowania do innej formy pomocy wnoszę o refundację poniesionych kosztów opieki nad niżej wymienionymi dziećmi lub osobą zależną\*:**

1. ....  
imię i nazwisko, data urodzenia dziecka / Imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa lub powinowactwa oraz adres zamieszkania osoby zależnej\*

2. ....  
imię i nazwisko, data urodzenia dziecka / Imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa lub powinowactwa oraz adres zamieszkania osoby zależnej\*

3. ....  
imię i nazwisko, data urodzenia dziecka / Imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa lub powinowactwa oraz adres zamieszkania osoby zależnej\*

4. ....  
imię i nazwisko, data urodzenia dziecka / Imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa lub powinowactwa oraz adres zamieszkania osoby zależnej\*

.....  
(data i podpis wnioskodawcy)

Do wniosku przedkładam załączniki potwierdzające okres i koszt planowanej opieki nad dzieckiem lub dziećmi:

1. ....

2. ....

3. ....

\_\_\_\_\_  
\* właściwe podkreślić