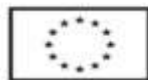




Fundusze Europejskie
dla Śląskiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Województwo
Śląskie

Gliwice, dnia

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(telefon)

ROZLICZENIE PONIESIONYCH KOSZTÓW PRZEJAZDU W ZWIĄZKU Z UDZIAŁEM W FORMIE POMOCY

Oświadczam, że w dniach od do dojeżdżałem/am
z miejsca zamieszkania do miejsca zatrudnienia, innej pracy
(miejscowość)

zarobkowej lub udziału w formie pomocy (niepotrzebne
skreślić).....
(miejscowość)

gdzie jestem/byłem/am zatrudniony/a, świadczyłem/am inną pracę zarobkową lub uczestniczyłem/am

w formie pomocy,
(nazwa pracodawcy, instytucji realizującej formę pomocy – niepotrzebne skreślić)

najtańszym, dogodnym środkiem lokomocji obsługiwanym przez przewoźnika, wykonującego usługi

w zakresie komunikacji publicznej, to jest gdzie uczestniczyłem/am
(nazwa przewoźnika)

W
(zatrudnienie, inna praca zarobkowa lub forma pomocy – wymienić właściwe)

Przyjmuję do wiadomości, że zwrot kosztów przejazdu z miejsca zamieszkania i powrotu do miejsca zatrudnienia innej pracy zarobkowej lub udziału w formie pomocy, może być udzielony przez PUP Gliwice w wysokości nie przekraczającej 100% faktycznie poniesionych kosztów, lecz nie więcej niż koszt ceny biletu najtańszego środka transportu zbiorowego na danej trasie, który wynosi zł.

Należną mi kwotę z tytułu zwrotu kosztów dojazdu proszę przekazać na mój nr konta bankowego

Oświadczam, że zostałem/am zapoznany/a z Kryteriami dokonywania zwrotu kosztów przejazdu z miejsca zamieszkania i powrotu do miejsca zatrudnienia, innej pracy zarobkowej lub udziału w formie pomocy.

.....
(data)

.....
(podpis Wnioskodawcy)

Załączniki:

1. Bilety jednorazowe
2. Kserokopia ŚKUP wraz z potwierdzeniem zakupu biletu elektronicznego

ROZLICZENIE nr

WYPEŁNIA PRACOWNIK PUP GLIWICE

1. Dział ds. Szkoleń, IRP i Programów

Imię i nazwisko osoby bezrobotnej/poszukującej pracy.....

Zatrudnienie, inna praca zarobkowa lub nazwa formy pomocy (wymienić
właściwe).....

.....
.....

Okres zatrudnienia, innej pracy zarobkowej, czas trwania formy pomocy*

od do

Miejsce zajęć
.....

Koszt dojazdu wg załączonych i zatwierdzonych biletów zł

Okres rozliczeniowy -

.....
(data i podpis Specjalisty ds. Rozwoju Zawodowego)

2. Dział Księgowości.

Imię i nazwisko osoby bezrobotnej

Adres zamieszkania

Koszt dojazdu wg załączonych i zatwierdzonych biletów zł

.....
(data i podpis pracownika Działu Księgowości)