

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)