



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,
(mięscowość)
innej pracy zarobkowej lub udziału w formie pomocy (niepotrzebne skreślić)
(mięscowość)

gdzie jestem/byłem/am zatrudniony/a, świadczyłem/am inną pracę zarobkową lub uczestniczyłem/am
w formie pomocy u/w
(nazwa pracodawcy, instytucji realizującej formę pomocy)

najtańszym, dogodnym środkiem lokomocji obsługiwanym przez przewoźnika, wykonującego usługi
w zakresie komunikacji publicznej, to jest gdzie
(nazwa przewoźnika)
uczestniczyłem/am 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. 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)