

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 własnym samochodem z miejsca zamieszkaniado miejsca zatrudnienia, (miejscowość) innej pracy zarobkowej lub udziału w formie pomocy..... (miejscowość) gdzie byłem/am zatrudniony/a, świadczyłem/am inną pracę zarobkową lub uczestniczyłem/am w formie pomocy (nazwa pracodawcy, instytucji realizującej formę pomocy – niepotrzebne skreślić)

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 cena biletu najtańszego środka transportu zbiorowego na danej trasie, który wynosi zł.

Informuję, że:

- 1) Dziennie przejeżdżam km
(ilość km w obie strony)
- 2) Mój samochód spala/100 km
(ilość paliwa /100km oraz proporcja paliwa w przypadku dwóch rodzajów paliwa np. gaz i benzyna)
- 3) Rodzaj paliwaCena paliwa za 1 litr wynosiła zł
(benzyna, gaz, olej napędowy)

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. Faktury imienne poniesionych kosztów za paliwo (z marką i nr rejestracyjnym tankowanego pojazdu) w okresie zatrudnienia, innej pracy zarobkowej lub udziału w formie pomocy.
2. Kserokopia prawa jazdy Wnioskodawcy oraz dowodu rejestracyjnego pojazdu
3. Oświadczenie właściciela auta o użyczeniu pojazdu na czas zatrudnienia, innej pracy zarobkowej lub udziału w formie pomocy, (w przypadku, jeśli Wnioskodawca nie jest właścicielem lub współwłaścicielem auta).

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 (niepotrzebne skreślić)

od do

Miejsce zajęć

Liczba dni zajęć w miesiącu rozliczeniowym, w których osoba bezrobotna/poszukująca pracy

uczestniczyła.....

Dokonano weryfikacji dokumentu prawa jazdy Wnioskodawcy i dowodu rejestracyjnego pojazdu.

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

2. Dział Księgowości.

Imię i nazwisko osoby bezrobotnej/poszukującej pracy

.....

Adres zamieszkania

Rozliczenie

.....

.....

.....

Koszt dojazdu podlegający refundacji zł

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