

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 u/w.....
(nazwa pracodawcy, instytucji realizującej formę pomocy)

**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)
- 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*

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

Adres zamieszkania

Rozliczenie

.....

.....

.....

Koszt dojazdu podlegający refundacji zł

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