..............................................................

...............................................................

...............................................................

 (imię i nazwisko, adres zamieszkania) Starosta Gryfiński

 Powiatowy Urząd Pracy w Gryfinie/Filia w Chojnie

**Rozliczenie kosztów przejazdu z miejsca zamieszkania i powrotu do miejsca zatrudnienia**

Na podstawie art.45 ust.1 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t.j. Dz.U.2018 poz.1265 z późn.zm.) w związku ze skierowaniem przez PUP w Gryfinie zwracam się z prośbą o zwrot kosztów przejazdu do pracy

...............................................................................................................................................................................................................

(nazwa pracodawcy)

**Oświadczam , że**:

w rozliczanym okresie tj. od .............................................................. do ...............................................................

poniosłem(łam) koszty w związku z dojazdem do pracy (*zaznaczyć x we właściwym okienku poniżej)*

**** dojeżdżałem(łam) najtańszym dogodnym środkiem komunikacji publicznej ( PKP, PKS, prywatny przewoźnik):

  zakupując bilet miesięczny

  zakupując bilety jednorazowe, każdego dnia obecności na stanowisku pracy

****  dojeżdżałem(łam) własnym/użyczonym pojazdem silnikowym.

**na trasie:**

|  |  |
| --- | --- |
| Opis trasy dojazdu z uwzględnieniem przesiadek | Cena biletu(jednorazowego/miesięcznego) |
| skąd | dokąd |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**„Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia”**

..............................................................

data i czytelny podpis składającego oświadczenie

**POUCZENIE**

1. Do rozliczenia należy załączyć:
2. w przypadku przejazdu *środkami komunikacji publicznej lub prywatnej*
3. przez **niepełny miesiąc kalendarzowy** lub jeżeli praca wykonywana jest **w systemie zmianowym** oraz w szczególnie uzasadnionych przypadkach za dwa pierwsze miesiące kalendarzowe:
* oryginały biletów jednorazowych PKP/PKS/prywatny przewoźnik (dojazd i powrót) z jednego dnia przejazdu w rozliczanym okresie, lub oryginał biletu okresowego,
* listę obecności z zakładu pracy,
* zaświadczenie o zarobkach za dany miesiąc kalendarzowy,
* oraz uzasadnienie jeżeli rozliczenie dokonywane jest za dwa pierwsze miesiące kalendarzowe.
1. przez **pełny miesiąc kalendarzowy:**
* oryginał biletu miesięcznego lub okresowegoPKP/PKS/prywatny przewoźnik,
* listę obecności z zakładu pracy
* zaświadczenie o zarobkach za dany miesiąc kalendarzowy
1. w przypadku przejazdu *własnym/użyczonym pojazdem silnikowym*
2. listę obecności z zakładu pracy,
3. zaświadczenie o zarobkach za dany miesiąc kalendarzowy
4. Rozliczenia złożone po upływie **30 dni** od daty zakończenia okresu **na jaki przyznano** zwrot kosztów przejazdu nie będą uwzględniane.
5. W przypadku braku wymaganych załączników do rozliczenia lub w przypadku złożenia załączników zawierających nieprawidłowości wnioskodawca wzywany jest do jego uzupełnienia w terminie **do 5 dni** od otrzymania wezwania.
6. Zwrot dokonywany jest w terminie **do 30 dni** od daty złożenia kompletnego rozliczenia tj. z załącznikami niezawierającymi nieprawidłowości.

**WYPEŁNIA PRACOWNIK URZĘDU**

|  |
| --- |
| **WYLICZENIE KWOTY NALEŻNEJ DO ZWROTU** |
| Imię i nazwisko osoby rozliczanej |  |
| Zwrot kosztów przejazdu z miejsca zamieszkania i powrotu do miejsca zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej na trasie |  |
| Okres rozliczany |  |
| **PRZEJAZD ŚRODKAMI KOMUNIKACJI PUBLICZNEJ** |
| **Bilet miesięczny** | **Bilety jednorazowe** |
| Cena biletu | Kwota za jeden dzień dojazdu | Liczba dni wykraczających poza okres rozliczany i dni nieobecnych | Liczba dni dojazdu | Cena biletutam | Cena biletupowrót |
|  |  |  |  |  |  |
| **Kwota zaliczona do zwrotu** |  | **Kwota zaliczona do zwrotu** |  |
| **PRZEJAZD WŁASNYM/UŻYCZONYM POJAZDEM SILNIKOWYM** |
| Kwota za jeden dzień dojazdu na podstawie biletu miesięcznego | Kwota za jeden dzień przejazdu na podstawie biletu jednorazowego | Liczba dni faktycznego przejazdu |
|  |  |  |
| **Kwota zaliczona do zwrotu** |  |
|  | **DO WYPŁATY** |  |

Sprawdzono pod względem merytorycznym

………………..…………………………………………………

(data i podpis osoby odpowiedzialnej)

Sprawdzono pod względem formalnym i rachunkowym

…………………………………………………………………

(data i podpis)

Stwierdzam jednocześnie, że wydatek jest zgodny z planem, legalny, celowy, oszczędny, jak również ceny są zgodne z obowiązującymi przepisami

…………………………………………………………………

(data i podpis)

UMOWA NR UDA-RPZP.06.05.00-32-P0…/19-0…

**Aktywizacja osób pozostających bez pracy w wieku 30 lat i więcej, w szczególności znajdujących się w trudnej sytuacji na rynku pracy w powiecie gryfińskim (V)”**

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego

Nazwa zadania zgodnie z wnioskiem: ………………………..……….

Kwota kwalifikowalna: ………………………………………..………..