

(Prašymo dėl kelionės, apgyvendinimo, privalomojo sveikatos tikrinimo ir skiepijimo nuo užkrečiamųjų ligų išlaidų kompensavimo forma)

_____ (vardas, pavardė, gimimo data)

_____ (asmens nuolatinės gyvenamosios vietos adresas)

Užimtumo tarnybos prie Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerijos (toliau – Užimtumo tarnyba)
_____ klientų aptarnavimo departamento
_____ skyriui

**PRAŠYMAS
DĖL KELIONĖS, APGYVENDINIMO, PRIVALOMOJO SVEIKATOS TIKRINIMO IR SKIEPIJIMO NUO UŽKREČIAMŪJŲ LIGŲ IŠLAIDŲ
KOMPENSAVIMO**

20__ m. _____ d.

_____ (vieta)

PRAŠAU KOMPENSUOTI KELIONĖS IŠLAIDAS Į / IŠ PROFESINĖS REABILITACIJOS PROGRAMAS ĮGYVENDINANČIOS ĮSTAIGOS PASLAUGŲ TEIKIMO VIETĄ ARBA Į / IŠ MOKYMO PASLAUGŲ TEIKIMO VIETĄ (*tinkamą pabraukti*) :

Į profesinės reabilitacijos programas įgyvendinančią įstaigą *arba* į mokymo paslaugų teikimo vietą (įskaitant praktinio mokymo atlikimo vietą) (*pabraukti tinkamą*) ir atgal vykstu šiuo maršrutu: _____

(nur

odyti kelionės maršrutą)

_____ (nurodyti: kiekvieną darbo dieną, kartą per darbo savaitę, kita)

Asmens parašas _____

PRAŠAU KOMPENSUOTI APGYVENDINIMO IŠLAIDAS:

PRIDEDU:

1. Dokumentus, patvirtinančius, kad profesinės reabilitacijos programos įgyvendinimo laikotarpiu / Mokymo paslaugų teikimo laikotarpiu man buvo suteiktos apgyvendinimo paslaugos pas pasirinktą apgyvendinimo paslaugų teikėją (*nurodyti: sąskaita faktūra, grynųjų pinigų priėmimo kvitas*):

_____, _____ lapų.

2. Už apgyvendinimo paslaugas patirtas išlaidas pagrindžiančius dokumentus (*nurodyti: pavedimo elektronine bankininkyste kopija, patvirtinta asmens parašu, grynųjų pinigų priėmimo kvitas arba mokėjimo pavedimo kopija, patvirtinta asmens parašu, kai mokėjimai atliekami ne elektroninėmis priemonėmis ir pan.*):

_____, _____ lapų.

Asmens parašas _____

PRAŠAU KOMPENSUOTI PRIVALOMOJO SVEIKATOS TIKRINIMO IR SKIEPIJIMO NUO UŽKREČIAMŪJŲ LIGŲ IŠLAIDAS:

Išlaidos, patirtos siekiant nustatyti, ar baigęs mokymo programą dėl sveikatos būklės galėsiu dirbti pagal įgyjamą kvalifikaciją ar (ir) kompetenciją.

PRIDEDU:

1. Medicininė pažyma Nr. f046/a, f047/a, f048/a, f083-1/a, f086/a _____ lapų.
(tinkamą Nr. pabraukti)

2. Sveikatos tikrinimo ir skiepijimo nuo užkrečiamųjų ligų išlaidas pagrindžiantys dokumentai (*nurodyti: sąskaita faktūra, kurioje papildomai nurodyta sveikatos tikrinimo ir skiepijimo paslaugos suteikimo data ir paskirtis; pavedimo elektronine bankininkyste, grynųjų pinigų priėmimo kvito arba mokėjimo pavedimo, kai mokėjimai atliekami ne elektroninėmis priemonėmis, kopija, patvirtintos asmens parašu*):

2.1. _____, _____ lapų;

2.2. _____, _____ lapų.

Asmens

parašas _____

Prašau man priklausančias išmokas už patirtas kelionės, apgyvendinimo, privalomojo sveikatos tikrinimo ir skiepijimo nuo užkrečiamųjų ligų išlaidas (*tinkamą pabraukti*) pervesti į mano asmeninę sąskaitą _____, esančią Kredito, mokėjimo ir (ar) elektroninių pinigų įstaigoje _____.
(sąskaitos numeris)

Patvirtinu, kad mano pateikti duomenys yra teisingi. Esu informuotas (-a), kad pasikeitus nuolatinei gyvenamajai ir / ar profesinės reabilitacijos paslaugų teikimo vietai privalau per 3 darbo dienas raštu informuoti Užimtumo tarnybą. Esu informuotas apie kelionės, apgyvendinimo, privalomojo sveikatos tikrinimo ir skiepijimo nuo užkrečiamųjų ligų (*tinkamą pabraukti*) išlaidų kompensavimo tvarką.

(parašas)

(vardas ir pavardė)

