Skriv ut blanketten Töm blanketten

TE-palvelut
AN-tjänster | TE services

Verifikatslag
XB = ansökningar/utbetalningsbeslut

Stödtyp
00 = behöver inte meddelas skattemyndigheterna

KOSTNADSERSÄTTNING SOM SÖKS HOS ARBETS- OCH NÄRINGSBYRÅN

1. Sökande

Sökandens namn	Personbeteckning
Adress	Postnummer
Postianstalt	Telefon
IBAN-kontonummer	Bankens BIC-kod

2. Ersättning

Jag ansöker om kostnadsersättning hos arbets- och näringsbyrån för deltagande i följande service
(kryssa för rätt alternativ)

☐ arbetskraftsutbildning under tiden ____/ ____ 20____- ____/ ____ 20____

☐ jobbsökarträning under tiden ____/ ____ 20____- ____/ ____ 20____

☐ karriärträning under tiden ____/ ____ 20____- ____/ ____ 20____

☐ arbetsprövning under tiden ____/ ____ 20____- ____/ ____ 20____

☐ utbildningsprövning under tiden ____/ ____ 20____- ____/ ____ 20____

Jag ansöker om kostnadsersättning för tiden ____/ ____ 20____- ____/ ____ 20____

Kostnadsersättning som söks hos arbets- och näringsbyrån betalas ut månatligen i efterskott. Kostnadsersättning ska sökas hos arbets- och näringsbyrån inom en månad från det att utbetalningsperioden gick ut. (Statsrådets förordning om offentlig arbetskrafts- och företagsservice (1073/2012) 24 §)

Antalet deltagardagar i servicen under den tid för vilken kostnadsersättning söks _____
Arbets- och näringsbyrån kan betala kostnadsersättning endast för de dagar då service ordnas och personen deltar i servicen (Lagen om offentlig arbetskrafts- och företagsservice (916/2012) 9 kap. 3 § 2 mom.)

Deltagandet i servicen har föranlett kostnader för inkvartering ☐ **ja** ☐ **nej**
(Fyll i punkten, om du har deltagit i service som ordnades utanför din hemkommun, men inte längre än 80 kilometer från den plats där du bor)

Övernattningsdygn: ____/ ____ 20____(- ____/ ____ 20____)

Övernattningsställe: _____

Kostnader för övernattningen _____ € ☐ betalningsverkfikat finns _____ st. som bilaga

☐ Jag försäkrar att jag inte har rätt till arbetslöshetsförmåner och kostnadsersättning som arbetslöshetskassan eller FPA betalar under tiden för servicen och inte rätt till ersättning för kostnaderna för deltagandet i servicen med stöd av någon annan lag.

3. Underskrift

Ort och datum	Sökandens underskrift Namnförtydligande

Till början av blanketten

Arbets- och näringsbyrån fyller i

Arbets- och näringsbyråns beslut, nr

Sökanden beviljas kostnadsersättning

☐ 9 €/deltagardag under tiden ____/ ____ 20____ - ____/ ____ 20____ _____ deltagardagar

sammanlagt _____ €

☐ 18 €/deltagardag under tiden ____/ ____ 20____ - ____/ ____ 20____ _____ deltagardagar

sammanlagt _____ €

Servicen har ordnats ☐ utanför pendlingsregionen ☐ inom pendlingsregionen, utanför hemkommunen, redogörelse för de föranledda inkvarteringskostnaderna:

☐ **Sökanden beviljas inte kostnadsersättning**
Motivering:

Ytterligare information om beslutet ges av	Telefon
Adress	
E-post	
Ort och datum	Underskrift Namnförtydligande

Den som är missnöjd med beslutet får söka ändring i det genom besvär enligt 12 kap. 1 § i lagen om utkomstskydd för arbetslösa. Besvärsskriften ska lämnas in till den arbets- och näringsbyrå som utfärdat beslutet inom 30 dagar från det ändringsökanden fick del av beslutet.