Załącznik nr 6 do Programu
Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla
Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2027

WZÓR

Ewidencja kosztów przejazdu innym środkiem transportu np. taksówką w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2027

Imię i nazwisko asystenta: .....

Imię i nazwisko uczestnika Programu: .....

Adres zamieszkania uczestnika Programu: .....

Rozliczenie miesięczne kosztów przejazdu innym środkiem transportu np. taksówką w miesiącu ..... 2027 r.

Lp.	Środek transportu	Data przejazdu z uczestnikiem Programu	Cel wyjazdu	Koszt przejazdu	Podpis asystenta	Rodzaj i numer dowodu dokumentującego koszt
1	2	3	4	5	6	7

.....
Data i podpis asystenta