Załącznik nr 7 do Programu
Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla
Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2027

WZÓR

Ewidencja kosztów zakupu jednorazowych biletów komunikacji publicznej/prywatnej dla asystenta towarzyszącego uczestnikowi podczas przejazdu 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 zakupu jednorazowych biletów komunikacji publicznej/prywatnej

dla asystenta towarzyszącego uczestnikowi podczas przejazdu w miesiącu .....2027 r.

Lp.	Data zakupu biletów	Liczba zakupionych biletów	Data przejazdu z uczestnikiem Programu	Cel wyjazdu	Koszt zakupu biletów	Podpis asystenta	Rodzaj i numer dowodu dokumentującego koszt
1	2	3	4	5	6	7	8

.....
Data i podpis asystenta