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[1] | Data przejazdu z uczestnikiem Programu | Cel wyjazdu | Koszt przejazdu[2] | Podpis asystenta | Rodzaj i numer dowodu dokumentującego koszt |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

.....
Data i podpis asystenta

1 Zwrot kosztów nie dotyczy przejazdów środkiem transportu uczestnika Programu oraz środkiem transportu należącym do członków rodziny uczestnika Programu, określonych w części IV ust. 5 Programu.

2 Koszt przejazdu należy udokumentować w formie rachunku, paragonu albo faktury dołączonej do niniejszej ewidencji.