Załącznik nr 5 do Programu

Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Organizacji Pozarządowych - edycja 2026

*WZÓR*

Dane asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością

(nazwisko, imię, adres zamieszkania)

# Ewidencja biletów komunikacyjnych

# w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Organizacji Pozarządowych - edycja 2026

za miesiąc ……………….…………. 2026 r.\*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko asystenta** | **Data**  **pobrania/zakupu biletów** | **Liczba pobranych/zakupionych biletów** | **Data wyjazdu z osobą z niepełnosprawnością** | **Cel wyjazdu oraz imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością** | Koszt zakupu | Podpis asystenta | **Uwagi (np. rodzaj biletu)** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |  | 7 | 8 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\* Koszt zakupu należy udokumentować w formie biletu, rachunku, paragonu albo faktury, dołączonej do ewidencji biletów komunikacyjnych

Data i podpis asystenta