Załącznik nr 7 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 kosztów przejazdu innym środkiem transportu np. taksówką

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

za miesiąc ……………….…………. 2026 r.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko asystenta** | **Środek transportu** | **Data przejazdu z osobą z niepełnosprawnością** | **Cel wyjazdu oraz imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością** | Koszt przejazdu | Podpis asystenta | **Uwagi (np. rodzaj i numer dowodu dokumentującego koszt)** |
| 1 | 2 | 4 | 5 | 6 |  | 7 | 8 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

Data i podpis asystenta