



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

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.



--	--	--	--	--	--	--

.....
Data i podpis asystenta