

Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”

Dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2025

Załącznik nr 11 do Programu

Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2025

…………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………............

Dane asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością

(nazwisko, imię, adres zamieszkania)

# EWIDENCJA BILETÓW KOMUNIKACYJNYCH

**za miesiąc** ………………. 2025 r.

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

.……………………………………

Data i podpis asystenta